Nr. 10. 8. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Władysław JABŁOŃSKI. Kraków.

O krwawieniach z pękniętych guzów jajnikowych.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. dr. J. Zubrzycki.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że najczęstszym powodem krwotoków z przydatków macicy do jamy brzusznej bywa ciąża zewnątrzmaciczna.

Dowodzą tego niezbicie dane statystyczne oraz codzienne doświadczenie kliniczne. Z tychże to względów nie należy się dziwić, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach takich krwawień myślimy w pierwszym rzędzie, jako o ich przyczynie, o zewnątrzmacicznem zaszczepieniu się jaja.

Nie możemy jednak zapominać o tem, że również i z powodu innych spraw mogą powstawać krwotoki z przydatków macicy do jamy brzusznej. Punktem wyjścia tych krwotoków mogą być tak jajowody, jak jajniki. Pierwsze, poza już wspomnianą ciążą, rozwijającą się w nich, tylko bardzo wyjątkowo stać się mogą źródłem krwawienia. Przypadek taki opisuje Stark, gdzie u chorej z powodu trzykrotnego skręcenia jajowodu z przyczyny nieznanej, utworzył się krwiak jajowodu oraz wylało się sporo krwi do jamy brzusznej. Z jajników natomiast, jak piśmiennictwo poucza, o wiele częściej mogą powstawać krwawienia.

Wszystkie ich rodzaje dzieli Zubrzycki w swojej pracy »*O niektórych rodzajach krwawień z jajników*« na cztery grupy. Jako jedną z nich wymienia krwawienia, mające swoje źródło w nowotworach jajnika, i nad tą właśnie grupą, korzystając z materjału oddziału naszego, pragnę tutaj pokrótce się zastanowić, uwzględniając przedewszystkiem czynnik przyczynowy w ich powstawaniu.

Teoretycznie rzecz biorąc, krwawienie takie może nastąpić do wnętrza guza jajnikowego lub poza jego ściany, t. j. do jamy otrzewnowej.

Doświadczenie kliniczne i anatomo-patologiczne potwierdza to i poucza równocześnie, że o ile pierwszy rodzaj krwawień wydarza się dość często, o tyle z drugim spotykamy się stosunkowo rzadko. Również nadmienić należy, co z odnośnych prac łatwo wywnioskować można, że wszystkie rodzaje guzów jajnikowych mogą się stać punktem wyjścia krwawień. Bezpośrednią przyczyną krwawienia bywa najczęściej wzmożone ciśnienie wewnątrz guza, wywołane utrudnieniem lub brakiem odpływu krwi z guza. To zaś może mieć swoje źródło w zaburzeniu krążenia krwi ogólnej natury n. p. wady serca (Winckel) lub choroby nerek lub też w przyczynach czysto miejscowych, dotyczących tylko samych naczyń guza, jak ich zaciśnięcie lub zamknięcie z powodu zmiany położenia lub, co najczęściej się zdarza, a na co chciałbym zwrócić szczególną uwagę, z powodu skręcenia szypuły guza (Brossin) Mniejszy lub większy uraz (Wertheim, Hoffmeier) jest zwykle czynnikiem dodatkowym, lub co rzadziej, samoistnym, wywołującym pęknięcie ścian nowotworu lub jego naczyń krwionośnych, zazwyczaj już poprzednio zmienionych chorobowo. Wspomnieć również należy, że w niektórych przypadkach usposabiać mogą do powstawania takich krwotoków przyczyny, wywołujące zmiany w naczyniach krwionośnych, nietylko miejscowe, ale i ogólne, jak n. p.: miażdżyca, dalej inne choroby ustroju n. p. sprawy zakaźne (tyfus, błonica i t. p.), następnie niektóre zatrucia i oparzenie. Wreszcie i upośledzenie krzepliwości krwi, n. p. w krwawiączce, może odegrać niemałą rolę przy powstawaniu krwotoków z guzów jajnikowych (Asch).

Poniżej opisuję 3 przypadki krwawień, które spostrzegano na naszym oddziale w niedługich odstępach czasu. Jako przyczyna pęknięcia naczyń i krwawienia do jamy brzusznej wybija się w nich na pierwszy plan, skręt szypuły nowotworu jajnikowego.

Przypadek I.

L. h. chor. 411/1924. K. K. lat 49 zauważyła od kilku miesięcy powiększanie się brzucha bez żadnych dolegliwości; miesiączkuje prawidłowo.

Badaniem wewnętrznem stwierdza się w miejscu prawego jajnika guz wielkości jaja gęsiego, dość twardy, nierówny. W jamie brzusznej wolny płyn.

Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono rzeczywiście w jamie brzusznej znaczną ilość płynu silnie krwawo zabarwionego, po stronie zaś prawej — guz wielkości gęsiego jaja, skręcony na szypule o 180°, składający się z 3 różnych części, a mianowicie:

1. z torbieli jednokomorowej o ścianie gładkiej, cienkiej, przez którą przeświecał płyn jasno-żółty;
2. z części o spoistości galaretowatej, miękkiej, barwy świeżego mięsa, o powierzchni niezbyt równej, pokrytej tylko miejscami białawą otoczką;
3. z resztki pomarszczonego i nierównego utkania jajnika. Na granicy między I a II, oraz II a III częścią miejsca mocno krwawiące.

Nie ulega w tym przypadku żadnej wątpliwości, że obrzmiały wskutek skrętu szypuły guz pękł w kilku miejscach i że wylana z niego krew podbarwiła jednostajnie i dość silnie płyn przesiękowy, znajdujący się w jamie brzusznej.

Badanie mikroskopowe, przeprowadzone w Zakładzie anat. patolog. U. J., stwierdziło, że część lita nadesłanego guza ma charakter nowotworu nabłonkowego o typie gruczolakowym».

Po usunięciu obu jajników chora opuściła w 2 tygodnie oddział w stanie dobrym.

Nie tak szczęśliwie zakończył się drugi przypadek.

Przypadek II.

L. h. chor. 106/1924. K. O. lat 57 przywieziona na oddział bez tętna z objawami ostrej niedokrwistości. Badaniem stwierdzono w jamie brzusznej guz wielkości głowy dziecka.

W 10 minut po przybyciu chora zmarła. Sekcja w Zakładzie Anatomji patolog. U. J. wykazała ostrą niedokrwistość narządów jamy brzusznej, dużą ilość wolnej krwi w jamie otrzewnowej oraz guz, wychodzący z lewego jajnika na szypule skręconej o 360°. Guz był pęknięty na przestrzeni 1 cm w okolicy przejścia w szypułę, pokryty świeżemi skrzepami; po usunięciu skrzepów krew wydostawała się jeszcze z guza na zewnątrz.

Badanie mikroskopowe guza, przeprowadzone w Zakładzie anat. patolog. U. J., wykazało, że jest to mięsak o komórkach przeważnie wrzecionowatych.

I w tym przypadku znowu skręt szypuły doprowadził, jak z powyższego widać, do przekrwienia biernego w guzie, do silnego wzmożenia ciśnienia w nim, a to pociągnęło za sobą pęknięcie ściany guza i naczyń oraz następowy krwotok śmiertelny.

W obu powyższych przypadkach spotkaliśmy się z litemi guzami jajnika. Nie inaczej jednak dzieje się także i z torbielami, wychodzącemi z jajników. Przyczyny, wywołujące pęknięcie ściany torbieli z następowym z niej krwotokiem do jamy otrzewnowej, bywają takie same, jak przy guzach jajnikowych litych. Również i mechanizm powstawania krwotoków jest jednakowy. W piśmiennictwie znajdujemy na to liczne dowody. I tak, przy krwawiączce spostrzegał taki przypadek Asch, a przy urazach już nawet tak nieznacznych jak obracanie się w łóżku lub zadziałanie tłoczni brzusznej podczas porodu — Schmied, Voron, Frarier. Najczęściej jednak przyczyną krwawienia do wnętrza torbieli jakoteż poza jej ściany bywa skręt szypuły, niejednokrotnie w połączeniu z urazem (Wertheim, Hoffmeier, Zäupr) Pęknięcie torbieli jajnikowej, pominąwszy już nawet ewentualny krwotok, nie jest i z innych względów obojętne dla ustroju, treść bowiem torbieli wylewa się w takich razach do jamy otrzewnej, a to jest niemiłem powikłaniem o tyle, że, jak wiadomo, zależnie od charakteru treści torbieli może w pewnych przypadkach powstać n. p. rzekomy śluzak otrzewnej, w innych ostre zapalenie otrzewnej, gdy treść jest drażniąca (skórzaki) i t. p. Nie są to wydarzenia odosobnione i dlatego nierzadko spotykamy się z opisami

pęknięć torbieli, powikłanych wspomnianemi sprawami (A l b e r t i n i inni).

W przypadkach takich może przytem powstać większe lub mniejsze krwawienie, zależnie od wielkości i ilości pękniętych naczyń.

Na naszym oddziale spostrzegaliśmy również przypadek pęknięcia torbieli wielokomorowej jajnikowej, a mechanizm pęknięcia możemy sobie też wytłumaczyć podobnie, jak w obu powyżej opisanych przypadkach, a więc skrętem szypuły, krwawienie u tej chorej nie było jednak tak znaczne, jak w obu pierwszych.

Przypadek III.

L. h. chor. 69/1924. A. P. lat 39, od kilku miesięcy zauważyła powiększanie się brzucha bez żadnych dolegliwości. Dopiero przed dwoma miesiącami wystąpiły silne objawy zadrażnienia otrzewnej, które wkrótce minęły, a tylko przy przewracaniu się na bok odczuwała chora przesuwanie się jakiegoś guza w brzuchu.

Po pewnym czasie dostała chora nanowo silnych bólów w brzuchu, które przed kilku dniami ustały. Mimo to chora udała się na oddział. Tu podczas badania stwierdzono guz wielkości głowy dziecka, owalny, elastyczny, gładki, sięgający do pępka.

W czasie badania chora uczuła nagły ból w brzuchu i żaliła się na to, że robi jej się słabo. Podczas zabiegu operacyjnego, wykonanego natychmiast, znaleziono torbiel, wychodzącą z lewego jajnika, pękniętą podłużnie na przestrzeni 10 cm w górnej części i skręconą na szypule o 360°. Treść torbieli galaretowata; także treść znajdowała się w zatoce Douglasa oraz między jelitami. Treść ta była krwawo podbarwiona, w otoczeniu zaś guza widoczna mierna ilość częściowo świeżo skrzepłej, częściowo płynnej krwi.

Z całego obrazu, znalezionego podczas zabiegu, odnosi się wrażenie, że pęknięcie guza powstało tuż przed naszym zabiegiem, za czem przemawiał brak wszelkiego miejscowego oraz ogólnego odczynu na otrzewnej i obecność zupełnie świeżej krwi w jamie brzusznej. Opierając się na wywiadach, można z zupełną prawie pewnością twierdzić, że guz pękł podczas badania, dokonanego tuż przed zabiegiem: na to wskazuje odczuty przez chorą w tej chwili nagły ból w jamie brzusznej oraz osłabienie.

Zbierając te spostrzeżenia, dojść musimy do wniosku, że w tym przypadku skutkiem skrętu szypuły, gorzej odżywiona i zmieniona ściana torbieli oraz wzmożone ciśnienie we wnętrzu guza były czynnikami usposabiającemi do pęknięcia ściany torbieli. Bezpośrednio zaś powstało ono przez nieznaczny uraz (ostrożne badanie). Uraz ten bez tych wspomnianych warunków nie byłby napewno do tego doprowadził.

Tych kilka uwag przytoczyłem ze względu na to, że omawiane powikłanie guzów jajnikowych nie należy do zbyt częstych. Jak już z powyższego widać i jak piśmiennictwo poucza, najczęstszą przyczyną krwawień z pękniętych nowotworów jajnikowych jest skręt szypuły. Stopień tych krwawień bywa bardzo różny, począwszy zaledwie od nieznacznego pokrwawiania z pękniętego guza, które nie może mieć wpływu na rokowanie w danym przypadku, skończywszy na śmiertelnym krwotoku do jamy brzusznej skutkiem zbyt późnego wkroczenia lekarza. Pamiętać o tem należy w praktyce, że takie przypadki, jak opisane powyżej, zdarzyć się mogą i że niejednokrotnie tylko rychła pomoc lekarska może uratować życie chorej.

Pomoc ta polega na możliwie szybkiem zapanowaniu nad krwotokiem przez usunięcie guza po otwarciu jamy brzusznej.

Piśmiennictwo.

1) A l b e r t i n. Lyon. med. 1909. — 2) A s c h. Centralbl. f. Gyn. 1912. — 3) Th. M o l m e s. Brit. med. Journ. 1910. — 4) S t a r k. Journ. of obstetr. and gynaecol. 1911. — 5) V o r o n et F r a r i e r. Centralbl. f. Gyn. 1911. — 6) W e r t h e i m. Centralbl. f. Gyn. 1894. — 7). Z u b r z y c k i. Polskie Czas. lek. Nr. 11. 1921.

Dr. Teresa HELLERÓWNA. Lwów.

O zastosowaniu próby chyżości opadania krwinek w ginekologji.

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. J. K. we Lwowie. Kier. Doc. Dr. B o c h e ń s k i.

Chyżość opadania krwinek okazała się ważnym czynnikiem rozpoznawczym w szeregu schorzeń i posługujemy się nią z korzyścią w przypadkach, w których inne metody kliniczne są niewystarczające. Z prac, jakie się pojawiły w ostatnich dwu latach, wynika bezsprzecznie wartość tej próby w przypadkach różnych cierpień narządu rodnego kobiecego. Wystarczy wspomnieć o rozpoznawaniu różniczkowem między ciążą a mięśniakiem macicy (L i n z e n m e i e r) między guzami przydatków a ciążą trąbkową (L i n z e n m e i e r) wreszcie o rokowaniu w przypadkach raków części pochwowej (L ö h r)

I s t o t a o p a d a n i a krwinek znalazła w znacznej części wytłumaczenie w pracach wykonanych w instytucie H ö b e r a. Wzajemne odpychanie się krwinek, naładowanych ujemnie, gwarantuje stałość ich zawiesiny jako roztworu koloidalnego. Czynniki zmniejszające lub znoszące to naładowanie ujemne odgrywają zasadniczą rolę w procesie wytrącania krwinek. Z drugiej strony stwierdzono, że chyżość opadania krwinek zależy w pierwszym rzędzie od zawartości fibrynogenu i globuliny w danym roztworze. Substancje te jako kolloidy o dodatnim ładunku elektrycznym znoszą naładowanie ujemne krwinek, wytrącają je ułatwiając im następnie zlepianie się.

J a k o w s k a z a n e d o b a d a n i a opadania krwinek służą dwojakie metody.

1) Sposób P l a u t a, W e s t e r g r e e n a i F a h r a e u s a, którzy oznaczają w milimetrach (P l a u t a) lub centymetrach sześciennych (N o e l t z e) drogę przebytą w pewnym określonym czasie, lub

2) sposób L i n z e n m e i e r a polegający na określaniu czasu potrzebnego do przebycia pewnych oznaczonych odległości. W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się metodą najprostszą i najłatwiejszą t. j. metodą L i n z e n m e i e r a, którą tak gorąco poleca H o r w a t h w swoich uwagach nad metodyką opadania krwinek. Metoda ta jest o tyle nieskomplikowaną, że pozwala nam z łatwością odczytać wynik już w kilku minutach, co ma swoje specjalne znaczenie w przypadkach szybkiego opadania, o ile zaś krew opada powoli, nie jesteśmy zniewoleni czekać godzinę celem odczytania wyniku. Używaliśmy rurek szklanych wedle L i n z e n m e i e r a — o średnicy światła 0·5 cm, na których najwyższa kreska oznacza 1 cm. objętości, następne zaś odpowiadają 6, 12, 18, 24 mm odległości od pierwszej. Po możliwie krótkotrwałym ucisku ramienia pobieraliśmy krew z żyły łokciowej do strzykawki napełnionej 0·2 cm 5% rozczynu cytrynianu sodowego w ilości 0·8 cm Po kilkakrotnem zamieszaniu krwi w strzykawce, wlewaliśmy ją powoli (by uniknąć baniek powietrza) do rurki ustalonej w plastelinie. Rurkę obracaliśmy dwukrotnie celem dokładniejszego zmieszania — poczem wstawialiśmy ją napowrót do plasteliny. Próby nasze wykonywaliśmy przeważnie rano na czczo (z wyjątkiem materjału ambulatoryjnego) w temperaturze pokojowej, poczem przenosiliśmy rurki do sali, w której stale już pozostawały. Odczytanie odbywało się w ten sposób, żeśmy zapisywali czas, w którym krwinki opadały kolejno do poszczególnych 4 kresek oznaczonych na rurce, poczem obliczaliśmy średnią arytmetyczną t. zw. S. M. (S e n k u n g - M i t t e l w e r t). Badania nasze miały na celu wypróbowanie:

a) w jak daleko idących granicach da się zastosować w ginekologji próba opadania krwinek i przedewszystkiem

b) czy będziemy mogli w przyszłości korzystać z próby tej celem rokowania w przebiegu najrozmaitszych przewlekłych cierpień narządu rodnego kobiecego.

By znaleźć przeciętną granicę między stanem fizjologicznym a już chorobowo zmienionym badaliśmy bez wyjątku wszystkie przypadki znajdujące się podówczas w klinice, względnie ambulatorjum. Badania nasze obejmują materjał 115 stu przypadków.

Zgodnie z wynikami ogłoszonemi niedawno przez P e w n e g o przekonaliśmy się, ż e ś r e d n i e c z a s y o p a d a n i a p o n i ż e j 100 m i n u t m o ż e m y u w a ż a ć z a n i e p r a w i d ł o w e. Wyjątek pod tym względem stanowią przypadki ciąży względnie miesiączki. W krwi osób ciężarnych d a ł o s i ę z a u w a ż y ć s t a ł e p r z y ś p i e s z e n i e o p a d a n i a k r w i n e k. Przyśpieszenie to stwierdziliśmy tak w przypadkach wczesnych jak i późniejszych miesięcy ciąży,

z tą jednak różnicą, że we wczesnych miesiącach przyśpieszenie to było słabsze, a nawet przekraczało wartość 100' i nie zawsze dawało się stwierdzić, w drugiej zaś połowie ciąży dochodziło nawet do 30'.

W 2 przypadkach włókniako-mięśniaków podsurowiczych wynosiło opadanie raz 82' drugi raz 36' — wartości bardzo zbliżone do tych, jakie wypadają podczas ciąży. Na podstawie tych 2 przypadków trudno wysnuwać wnioski. Okoliczność ta jednak dowodzi, że na podstawie tej próby nie zawsze łatwem jest rozpoznanie różniczkowe między ciążą zwłaszcza wczesną a mięśniakiem macicy i że próba ta w podobnych przypadkach zawodzić może.

Dalsze dwa przypadki, to włókniaki podśluzowe. Przypadki te należy wciągnąć do osobnej rubryki wskutek krwotoków, które jako takie dają przyśpieszenie czasu opadania dochodzące do 20' i poniżej. Podobne przyśpieszenie około 18' dał nam przypadek pękniętej ciąży pozamacicznej z ogromnem skrwawieniem się do jamy brzusznej. Niestety nie było nam danem przekonać się o wartości rozpoznawczej próby opadania między guzem zapalnym przydatków a ciążą trąbkową. Odkładamy to sobie do czasu, gdzie na większej ilości przypadków będziemy mogli dokonać dalszych doświadczeń.

Torbiele jajnikowe z treścią surowiczą wykazały średnią opadania około 120'. Jednakże i w tych przypadkach zupełnie niepowikłanych zdarzały się przyśpieszenia dochodzące 50' mimo, że klinicznie brak było wytłumaczenia tego zjawiska, zaś podczas operacji wykazały torbiele t eść surowiczą. Pewny znajdywał w przypadkach torbieli okazujących przyśpieszenie opadania — treść krwawą w torbieli albo bujanie złośliwe. W jednym z naszych przypadków o czasie opadanie 41' — okazała się we wnętrzu torbieli treść kaszowata. Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z torbielą skórzastą.

Najbardziej może charakterystyczne czasy opadania dawały zmiany zapalne w przydatkach.

Przewlekłe schorzenia przydatków niejednokrotnie przekraczały średnią 100' do 140' zbliżając się powoli do średnich normalnych opadania. W pierwszych swych doświadczeniach podkreśla Linzenmeier wartość próby opadania przy zmianach zapalnych przydatków, przy pomocy której z łatwością odróżnia procesy zapalne przewlekłe od nawrotów względnie ostrych nawałów szybko naprzód postępujących. Uważał on próbę opadania za doskonalszy i czulszy wskaźnik czynnych procesów w ustroju aniżeli krzywą ciepłoty. W przypadkach, gdzie brakło podniesienia ciepłoty rozpoznawał nasilenie procesów zapalnych jedynie zapomocą szybkości opadania. Tym sposobem można było przy późniejszych operacjach łatwo uniknąć przykrych rozczarowań w postaci następowych zropień kikutów pooperacyjnych. Według Linzenmeiera można pole operacyjne uważać za jałowe w przypadkach, gdzie szybkość opadania krwinek wynosi 1 do 2 godzin. Przy czasach opadania poniżej 1 godziny należy przyjąć obecność drobnoustrojów i wstrzymać się z operacją aż do uzyskania zupełnej jałowości pola operacyjnego. Niezależnie od Linzenmeiera podnosi równocześnie i Geppert znaczenie szybkości opadania w rozpoznawaniu procesów ropnych w ustroju i uważa powolne opadanie krwinek za decydujące przy wskazaniach do operacji. Löhr na podstawie własnych spostrzeżeń na obszernym materjale z kliniki chirurg. w Kilonji rozpisuje się szeroko nad przyśpieszeniem opadania przy procesach zapalnych, twierdząc, że dają one takie przyśpieszenie opadania bez względu na ich umiejscowienie w ustroju, odróżniając w ten sposób procesy zapalne w kościach i stawach od schorzeń tychże tkanek powstałych na innem tle.

Wedle Haselhorsta jest przyśpieszenie opadania krwinek znacznie lepszym miernikiem niźli ciepłota, tętno i leukocytoza.

O prawdziwości spostrzeżeń przytoczonych autorów mogliśmy się i my przekonać na naszym materjale. Guzy przydatków o przebiegu krzywej ciepłoty normalnym, wykazujące czas opadania ponad 150', dawały dobre rokowanie podczas leczenia czy to zachowawczego, czy operacyjnego. Ropne guzy trąbek, zropiałe krwisteki dawały przyśpieszenie poniżej 20', dochodzące nawet do cyfr tak niskich jak 3'. Podobne czasy opadania okazywały procesy zapalne w tkance przymacicznej o przebiegu tak przewlekłym jak też i ostrym. W tych przypadkach służyła nam próba opadania jako wskaźnik leczniczy przy stosowaniu proteinoterapji względnie leczenia swoistego szczepionkami. Tam gdzie szybkość opadania w ciągu leczenia wzrastała — przyjmowaliśmy zaostrzenie względnie pogorszenie się procesów zapalnych i zmienialiśmy leczenie co niejednokrotnie okazało się zbawiennem w dalszym przebiegu choroby. Jako przykład niech posłużą następujące przypadki:

1) Chora Q. L. lat 24, zamężna od roku — chora od 2 miesięcy. Badanie wykazuje guzy przydatków wielkości pomarańczy, ruchome, chełboczące, niebolesne. Odczyn Bordet-Gengou dodatni, w wydzielinie szyjki obecne dwoinki Neisserowskie. Czas opadania 38' pozwolił nam rozpoznać obustronnie ropnie trąbek (*pyosalpinx)*. Stan podgorączkowy. Po zastosowaniu wielowartościowej szczepionki rzeżączkowej zaczęły ciepłoty wieczorne dochodzić do 38°. Stan chorej zaczął się pogarszać. Po 14 dniach stosowania szczepionki powtórzono próby z opadaniem krwinek. Tym razem otrzymaliśmy przyśpieszenie 4'. Równocześnie badanie wewnętrzne wykazało, że proces zapalny objął przymacicza boczne, unieruchomiając guzy przydatków. Wobec tego przerwaliśmy leczenie.

2) Chora D lat 40. Przed 4 miesiącami przeszła skrobankę wskutek ciągłych uporczywych krwawień. Odtąd bóle dołem brzucha i lekkie krwawienie. Badaniem stwierdzić można obok macicy po stronie lewej guz wielkości dużej pięści, zbity, dochodzący do kości, nieruchomy. Ciepłota normalna. Rozpoznanie waha się między nowotworem złośliwym jajnika a przewlekłem zapaleniem tkanki przymacicza lewego. Szybkość opadania 3'. Na tej podstawie rozpoznaliśmy zmianę zapalną przymacicza i zastosowaliśmy odpowiednie leczenie pod postacią aparatu Polana, maści i czopków. W dwa tygodnie później wynosiła szybkość opadania 4'. Klinicznie stan ten sam Wobec tego celem energiczniejszego i szybszego wchłonienia zastosowano śródmięśniowe wstrzykiwanie krwi własnej. Opadanie dokonane w 2 tygodnie później wykazuje szybkość opadania 25'. Klinicznie — przy badaniu wewnętrznem guz zmalał znacznie — chora czuje się znacznie zdrowsza i opuszcza klinikę.

Również posługiwaliśmy się próbą opadania przy leczeniu w przypadkach zakażeń połogowych substancjami nieswoistemi, dla celów rokowania. Nowotwory złośliwe okazały przyśpieszenie opadania znaczne, zwłaszcza raki części pochwowej, gdzie często wskutek rozpadu i bezpośredniej komunikacji ze światem zewnętrznym przychodzi do wtórnego zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczemi. Nie chodzi nam tu jednak o zjawisko przyśpieszenia jako takie, bo jak widzieliśmy zdarza się przyśpieszenie opadania dość często w przebiegu najrozmaitszych schorzeń narządu rodnego kobiecego. W przypadkach raka szybkość opadania może nam posłużyć za wskaźnik siły odpornej ustroju w walce z nowotworem złośliwym. Szereg przypadków raków zaniedbanych nienadających się już do operacji poddaje się u nas naświetlaniu promieniami Roentgena. Chodziłoby teraz o wykazanie przy pomocy próby opadania krwinek, które to raki pod wpływem naświetlania poprawią się w rokowaniu, a które pozostaną oporne na działanie promieni. Badania nasze są dopiero zapoczątkowane. Na razie zgodnie z wynikami Vidy przekonaliśmy się, że bezpośrednio po naświetlaniu występuje wybitne przyśpieszenie opadania. Tłumaczymy to sobie wzmożonym rozpadem tkanki nowotworowej i wzbogaceniem osocza w produkty rozpadowe białka względnie w fibrynogen i globulinę na niekorzyść albumin (w myśl teorji Hoebera). Najbardziej zajmującym będzie dla nas wynik opadania krwinek — w 6 tygodni po naświetlaniu, gdyż na podstawie dotychczasowych naszych doświadczeń w sprawie naświetlania raka macicy przekonaliśmy się, że jeżeli naświetlanie w danym przypadku jest skuteczne to klinicznie stwierdzić to można stanowczo w czasie najpóźniej w 6 tygodni po naświetlaniu. Dotychczas mamy

tylko jeden przypadek u osoby 26-letniej raka płasko-komórkowego części pochwowej, który nie nadawał się do operacji gdzie szybkość opadania wynosiła 18'. W trzy tygodnie po pierwszem naświetlaniu chora zgłosiła się ponownie. Szybkość opadania wynosiła wtedy 181'. Chora czuje się doskonale. Klinicznie uderzająca wprost poprawa — kalafior nowotworowy znikł, część pochwowa sformowana.

Drugi również ciekawy przypadek dotyczy chorej, która zgłosiła się do nas w 4 miesiące po radykalnej operacji raka części pochwowej. Badanie wewnętrzne wykazuje na szczycie lejka pochwowego wybujałości ziarninowe — obficie krwawiące, podejrzane na wybujałość nowotworową, którą uszczknięto celem zbadania histologicznego. Równoczesne badanie opadania wykazało średnią 111'. Już na podstawie wyniku próby z opadaniem krwinek wykluczyliśmy sprawę nowotworową — co w parę dni później potwierdził wynik badania drobnowidowego. Podobny przypadek opisuje P e w n y.

Streszczając wyniki badań powyższych doszliśmy do wniosków następujących:

1) Próba szybkości opadania krwinek dość stała zresztą dla procesów fizjologicznych i chorobowych zawodzi często w przypadkach klinicznych.

2) Próba ta może się okazać pomocną w rozpoznawaniu różniczkowem między guzami przydatków na tle zapalnem a nowotworami dobrotliwemi, względnie złośliwemi narządu rodnego kobiecego.

3) Próba szybkości opadania krwinek wykonana kilkakrotnie okresowo u tych samych chorych ma znaczenie dla rokowania niepoślednie

a) w leczeniu przewlekłych zmian zapalnych przydatków,

b) jako wskaźnik do operacji guzów przydatków i

c) jako doskonały miernik biologiczny w przypadkach raków operowanych lub naświetlanych promieniami Roentgena.

Z praktyki.

Jakób WĘGIERKO, asyst. kliniki. Warszawa

Przyczynek do przebiegu trzeciorzędnej kiły wątroby

Z I. kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. dr. A. G l u z i ń s k i.

Na jednem z posiedzeń Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w wykładzie p. t. »*Kilka uwag o kile wątroby ze stanowiska klinicznego*« prof. Gluziński zwrócił uwagę na fakt, że »u ludzi z nabytą kiłą, nie postać *hepatitis gummosa, hepar lobatum*, lecz postać *hepatitis interstitialis diffusa* zwykle, jakkolwiek nie bezwzględnie, z równoczesną hiperplazją śledziony, jak to widzimy u noworodków z dziedziczną kiłą, należy do częstych względnie następstw kiły nabytej«. Prof. Gluziński podkreślał wówczas, że »obok dużej, twardej wątroby, obok dużej, twardej śledziony — jako zmian charakterystycznych — należą jeszcze bóle w okolicy wątroby i śledziony (*perihepatitis et perisplenitis*), niekiedy zaburzenia ze strony żyły bramnej (*periphlebitis*), czasami żółtaczka, często równoczesna zmiana składu krwi pod postacią niedokrewności o typie bledniczym, leukopenji i limfemji, a towarzyszy temu nieraz stan gorączkowy, od podgorączkowego począwszy, aż do wysokiej ciepłoty z torem nieregularnym, przerywanym«.

Według statystyki prof. Gluzińskiego w narządach wewnętrznych — po układzie nerwowym, po narządzie krążenia — wątroba zajmuje trzecie miejsce co do częstości zmian kiłowych. W klinice naszej rozpoznawanie trzeciorzędnych zmian kiłowych w wątrobie, jak to wykazał na Zjeździe Internistów w Wilnie roku ubiegłego prof. Gluziński, nie należy już do rzadkości, a jeżeli naogół podobne rozpoznania spotyka się nie często, to jedynie dlatego, że na kiłę wątroby nie zwracano dotąd należytej uwagi. Zamiast zmian kiłowych wątroby rozpoznawano między innemi kamicę żółciową, ropień podprzeponowy i t. d., chorzy dostawali się w ręce chirurga i dopiero na stole operacyjnym przekonywano się, że nie było właściwie wskazań do zabiegu chirurgicznego.

Denéchau, Fruchand-Brin i Agoulon, opisują 4 przypadki rzekomo-chirurgicznej kiły trzeciorzędnej wątroby — czyli, jak się sami wyrażają — »*Quatre cas de syphilis tertiaire du foie à forme pseudo-chirurgicale*«. Wszyscy 4-ej byli skierowani do chirurga z mylnem rozpoznaniem.

Do przypadków rzekomo-chirurgicznych należy odnieść również przypadek spostrzegany u nas w klinice, który ze względu na przebieg nadaje się do szczegółowszego omówienia.

H i s t o r j a c h o r o b y: Stanisława Z., służąca, lat 20, niezamężna, pochodząca z rodziny zdrowej, przybyła dnia 24/X 1923 roku do kliniki.

W dzieciństwie przechodziła odrę, ospę, płonicę. Przed 6-ciu laty zapalenie płuc, które następnie kilkakrotnie się powtarzało. Przed 4-oma laty »hiszpanka«, dur brzuszny. Nie rodziła, nie roniła. Od 2 ch miesięcy brak perjodów.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 7-ma miesiącami, t. j. w marcu 1923 roku. Nagle wystąpił silny ból w podżebrzu prawem, który promieniował ku górze i tyłowi pomiędzy łopatki. Bólowi towarzyszyły wymioty, dreszcze, gorączka, dochodząca do 39 C i ogólne osłabienie. Celem złagodzenia bólów zastrzykiwano kilkakrotnie morfinę. Po trzech dniach objawy powyższe ustąpiły, zjawiła się natomiast wybitna żółtaczka. Chora udała się wówczas na jeden z oddziałów wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie przebyła 3 tygodnie. Poprawy jednak nie doznała, gdyż bóle w podżebrzu prawem powtarzały się często i miewała od czasu do czasu podwyższoną ciepłotę. Wobec tego dnia 4-go marca 1923 roku przepisano chorą na 1-szą Klinikę chirurgiczną z rozpoznaniem kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono zupełnie prawidłowy pęcherzyk żółciowy (bez najmniejszych cech zapalnych), nie zawierający kamieni. Wobec tego jamę brzuszną napowrót zaszyto.

Po opuszczeniu Kliniki chirurgicznej, chora czuła się kilka miesięcy względnie dobrze. Dopiero z początkiem października 1923 roku wystąpił znowu nagle silny ból w podżebrzu prawem zupełnie takiego samego charakteru, jak przed operacją, dreszcze, gorączka do 39° C, wymioty. Żółtaczki tym razem nie było. W powyższym stanie chora przybyła do naszej kliniki.

S t a n o b e c n y: Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Odżywienie upośledzone, skóra i śluzówki dość blade Tętno przyśpieszone (110 na minutę), wypełnione dobrze, miarowe, równe. Oddechy prawidłowe, nie przyśpieszone. Źrenice miernie szerokie, równe, oddziaływują na światło dość leniwie, na odległość prawidłowo. W zakresie nerwów czaszkowych żadnych zmian nie stwierdzono. Język nieco obłożony szarawobiałym nalotem, wilgotny, przy wysuwaniu nie drży i nie zbacza. Gardło bez zmian. Na szyji nic nieprawidłowego nie stwierdzono, gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone. Klatka piersiowa bez zmian.

W p ł u c a c h: wypuk krótszy nad szczytami, szczególnie prawym. Oddech wszędzie pęcherzykowy, dość szorstki z wydechem wydłużonym, szczególnie pod obojczykiem prawym i nad wnękami płucnemi. Rzężeń nigdzie nie słychać. Dolna granica płuca prawego sięga od przodu i w linji pachowej do V-go żebra, w linji środkowej ciała do kręgu X-go (przepona zatem po stronie prawej jest wzniesiona ku górze z powodu powiększonej wątroby).

S e r c e: bez zmian.

B r z u c h: wysklepiony prawidłowo, miękki, niebolesny. Blizna pooperacyjna, przebiega równolegle do łuku żebrowego prawego, długości 20 cm.

W ą t r o b a: duża (wysuwa się na 3 palce poniżej łuku żebrowego) dość twarda, gładka, o brzegu ostrym, na ucisk dość tkliwa.

Ś l e d z i o n a: niemacalna, wypukiem nieco większa.

Odruchy kolanowe prawidłowe, wogóle układ nerwowy zmian nie wykazuje.

M o c z oddaje w ilości prawidłowej, kwaśny, przeźroczysty o ciężarze gatunkowym 1020. Zawiera wyraźne ślady białka, nieco większą ilość urobiliny. Barwików żółciowych i innych nieprawidłowych składników nie wykazuje. W osadzie nic szczególnego.

Krew: HB (Sahli) 68. Ciałek czerwonych 4,100.000. Wskaźnik 0,85. Ciałek białych 4.2 0, z czego limfocytów 35%, monocytów 7 , obojętno-chłonnych 56%, kwaso-chłonnych 1%, zasado-chłonnych 1%.

Krzepliwość krwi prawidłowa (13 min.) Czas krwawienia 2 min. Ilość płytek nie zwiększona.

Mocznika we krwi 0,3%.

Ogólna ilość białka w osoczu 8,07%, fibrynogenu 0,176%, euglobulinów 0,81%, globulinów 3,06%, albuminów 5,01% Wskaźnik $\frac{\text{glob.}}{\text{alb.}}$ 0,61%.

Odczyn skłaczania: ujemny.

W t r e ś c i ż o ł ą d k o w e j stale brak kwasu solnego wolnego, ogólna kwasota na czczo 4, po próbnem śniadaniu 6, po obiedzie 18.

Badaniem roentgenologicznem, przeprowadzonem w naszej klinice przez kol. Elektorowicza, oznak wrzodu żołądka lub dwunastnicy stwierdzić się nie udało. Natomiast wykazano zrosty pomiędzy częścią odźwiernikową a środkiem żołądka. Przepona po stronie prawej ustawiona wyżej, słabo ruchoma przy oddechu,

W przeciągu pierwszego tygodnia pobytu w klinice, chora skarżyła się na nieznaczne tylko bóle o charakterze stałym w podżebrzu prawem, wzmagające się przy poruszaniu, silne osłabienie, brak łaknienia, zaparcie stolca.

W tym czasie ciepłota ciała wykazywała 37°—38° C.

Na 8-my dzień pobytu w Klinice ciepłota ciała podniosła się nagle do 39,4° C, towarzyszyły temu silne dreszcze (przypominały zupełnie atak zimnicy), odczuwała przy tem silny ból w podżebrzu prawem, który promieniował między łopatki.

Badanie krwi wykonane podczas najwyższej ciepłoty wykazało: leukocytów 4.200, limfocytów 36 %, monocytów 8 %, obojętno-chłonnych 54%, zasado-chłonnych 2%. Pasorzytów zimniczych nie znaleziono. Odczyn skłaczania ujemny.

Ból ustąpił dopiero po zastrzyknięciu morfiny. Po upływie 6-ciu godzin zaczęła się obficie pocić, ciepłota ciała wykazywała 37,6 C. Następnego dnia powtórzył się zupełnie taki sam napad bólu z dreszczami i wysoką ciepłotą (39,1°). Po 4-ch dniach względnego spokoju (niewielkie bóle o charakterze stałym w podżebrzu prawem, ciepłota 37,2° | 37,8°), znowu nagle pojawiły się dreszcze, gorączka 39,8° C, niepokój, gwałtowny ból w podżebrzu prawem. Po 8—9 godzinach obfite poty, spadek ciepłoty do 36,4° C. Podobne wahania ciepłoty ciała, którym towarzyszyły dreszcze, poty i wspomniane bóle, powtarzały się dość często (co 4, 6, 8 i więcej dni).

Krew badana kilkakrotnie, zarówno na wysokości ciepłoty, jak i podczas pocenia, wykazywała stale leukopenję z limfemją i brak pasorzytów zimniczych. Odczyn skłaczania był zawsze ujemny. Wykonany trzykrotnie w różnych odstępach czasu posiew krwi na buljonie i agarze wypadał zawsze ujemnie (pożywki pozostawały jałowe).

Wobec powyższych danych klinicznych można było sądzić, że mamy do czynienia z zimnicą lub z jakiemś zakażeniem septycznem. Przeciwko zimnicy przemawiał jednak stale wykazywany brak pasorzytów zimniczych, a także morfologiczny skład krwi. Zakażenie septyczne należało wyłączyć, skoro mieliśmy do czynienia z leukopenją i limfemją, zresztą posiew krwi wypadał zawsze ujemnie.

O ropniu podprzeponowym myśleć nie mogliśmy, mimo ciepłoty z torem przerywanym, wobec braku leukocytozy obojętno chłonnej, a obecności leukopenji z limfemją. Wyniosłość zaś przepony po stronie prawej i jej małą ruchomość należało odnieść do dużych rozmiarów wątroby wraz z jej przyrostem do przepony (*perihepatitis*).

Zespół danych klinicznych: *duża, gładka wątroba, powiększona śledziona, leukopenja z limfemją, gorączka o typie przerywanym, nieregularnym,* wszystko to wprost zmuszało nas do myślenia o kile wątroby, a mianowicie o postaci *hepatitis insterstitialis diffusa.* Mimo zapewnień chorej, że nie uległa zakażeniu kiłowemu, wykonany w surowicy krwi odczyn Bordet-Wassermanna dał wynik +++. Niezwłocznie więc przystąpiono do leczenia swoistego, stosując wcierania *ung. ciner.* po 3 gr. dziennie.

Po 6-ciu wcieraniach chora prawie zupełnie przestała gorączkować (ciepłota wieczorna 37,1°—37,3° C). Po dalszych 6 ciu wcieraniach gorączka ustąpiła zupełnie, samopoczucie znacznie się poprawiło, bóle w podżebrzu prawem ustąpiły, wątroba z dniem każdym się zmniejszała, pojawiło się łaknienie, zaczęła przybierać na wadze.

Ogółem otrzymała w przeciągu 5-ciu tygodni 30 wcierań. Podczas prowadzenia leczenia niekiedy podnosiła się jeszcze ciepłota ciała do 38° C na jeden lub dwa dni, pozatem chora nie gorączkowała i czuła się dobrze.

Na 20-sty dzień po ukończeniu leczenia rtęciowego stan chorej zaczął się znowu pogarszać, co kilka dni pojawiały się dreszcze, ciepłota ciała dochodziła do 39° C. Równocześnie z podwyższeniem ciepłoty występował silny ból na mostku. W podżebrzu prawem bóle nie pojawiały się już więcej. Chora zaczęła się znowu skarżyć na uporczywe bóle głowy, brak łaknienia, zaparcie stolca. Wykonany w tym czasie odczyn Bordet Wassermanna wykazał jeszcze +.

Cierpienie zatem nie zostało jeszcze w zupełności opanowane, wprawdzie wątroba zmniejszyła się znacznie, gdyż teraz zaledwie tylko występowała z pod łuku żebrowego, a granice płuc po stronie prawej były zupełnie prawidłowe i przepona prawie że po obu stronach jednakowo ruchoma, to jednak wystąpiło zapalenie okostnej mostka (*periostitis luetica*). Wówczas zastrzyknięto chorej dożylnie 0,3 salwarsanu »Grodzisk«, a na mostek przyklejono plaster rtęciowy. Po zastrzyknięciu salwarsanu gorączka ustąpiła zupełnie, bolesność mostka znikła i chora czuła się bardzo dobrze. Nie bacząc na zupełnie dobre samopoczucie chorej i brak gorączki zastrzyknięto jej jeszcze dwa razy po 0,3 salwarsanu w odstępach dwutygodniowych.

Dnia 19-go marca 1924 roku t. j. po 5-cio miesięcznym prawie pobycie w klinice chora wypisała się jako zupełnie zdrowa. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny, wątroba ledwo wyczuwalna, niebolesna, śledziona nie powiększona, łaknienie dobre, stolec prawidłowy. Zjawiło się pierwsze od roku miesiączkowanie. Przez czas pobytu w klinice chorej przybyło na wadze 8,5 kg. Badanie krwi w dniu opuszczenia kliniki wykazało: ciałek czerwonych 5,100.000, HB. (Sahli) 80. Wskaźnik hemoglobiny 0,8, ciałek białych 8.200: obojętnochłonnych 75%, limfocytów 18%, monocytów 5%, kwasochłonnych 1%, zasado-chłonnych 1% — czyli ustąpiła leukopenja i limfemja.

Jak wynika z przebiegu cierpienia, mieliśmy niewątpliwie do czynienia z zakażeniem kiłowem, umiejscowionem również w wątrobie (*hepatitis interstitialis diffusa et perihepatitis*) i z równoczesnem zajęciem okostnej mostka (*periostitis luetica*), które przyłączyło się później.

W piśmiennictwie polskiem i cudzoziemskiem opisywano nieraz stany gorączkowe, występujące w przebiegu kiły okresu trzeciego (Białokur, Maliniak, Imhof-Bion, Kirchheim, Klemperer, Schlegimann i inni). Autorzy ci albo nie zwracali szczególniejszej uwagi na wątrobę, albo też opisywali kiłę wątroby, przebiegającą jako *hepatitis gummosa.*

W końcu podniosę raz jeszcze, że *duża, gładka wątroba równoczesną mniej lub więcej zaznaczoną hyperplazją śledziony przy leukopenji z limfemją,* jak to podkreśla prof. Gluziński, zwracać powinna uwagę — czy tłem tych zmian nie jest zakażenie kiłowe, a myśl ta może uchronić od błędów rozpoznawczych, które się jednak zdarzają o czem świadczy przytoczony przypadek i przypadki autorów francuskich, w których chorzy bez potrzeby byli poddawani zabiegom chirurgicznym.

Piśmiennictwo.

1) Gluziński. Lwowski Tyg. Lek. 1912. Nr. 22. — 2) Tenże. Nowiny lek. 1924. Nr. 4. — 3) Tenże. Polskie Arch. dla Med. Wewn. Tom I-szy, zeszyt I-szy. — 4) Denechau, Fruchand-Brin i Agoulon. Bulletins et Memoires de la Societé Medical des hopitaux Nr. 13. 1923. — 5) Białokur. Allgem. Wiener Mediz. Zeit. 1911. Nr. 5. — 6) Tenże. Wiener klin. Wochenschr. 1912. — 7) Maliniak. Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1912. — 8) Imhof-Bion. Mediz. Klin. 1909. Nr. 21. — 9) Kirchheim. Deutsche med. Wochen. 1911. — 10) Klemperer. Zeit. für klin. Mediz. 1904. — 11) Schlegimann. Deutsche med. Wochen. 1911. Nr. 28.

Z dziejów nauki polskiej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Działalność naukowa i prace prof. Walerego Jaworskiego

(Dokończenie).

Również w roku 1887-ym w pracy p. t.: „O nowym dyetetycznym przetworze żelazistym" (Przegl. lek. Nr 22) zaleca jako bardzo racjonalny pomysł skombinowanie piwa z żelazem, jako t. zw. piwo żelaziste, w którem żelazo jest w dobrych warunkach resorbcyjnych, korzystniejszych niż w szczawach żelazistych. Jest ono w rozpuszczeniu wobec nadmiaru kwasu węglowego i ciał wyciągowych, które je chronią od utlenienia. Następnie znajduje się żelazo wobec dwóch czynników t j. kw. węglowego i wyskoku, które w wysokim stopniu przyśpieszają wessanie ciał rozpuszczalnych w przewodzie pokarmowym. Wreszcie jest żelazo w piwie w połączeniu z ciałami organicznemi jak kw. jabłkowym, mlekowym, maltozą i t d które już w żołądku doznają łatwo wessania. Nadto piwo to przedstawia następujące zalety:

1) Gorzkawy smak piwa ożywia działanie ściągający smak żelaza.

2) Ilość połączeń żelaza wynosi w jednorazowej dawce t. j. w 1/4 litra 0·08 względnie 0·6 gr t. j. przeciętnie tyle i e zapisuje się węglanu lub mleczanu żelaza.

3) Piwo żelaziste jest nietylko środkiem leczniczym lecz i odżywczym.

Wówczas piwo to było wyrabiane w browarze Kwiatkowskiego w Serecie na Bukowinie jako słabsze, zawierające 0·31 i mocniejsze zawierające 0·64 przetworów żelaza w litrze.

Ulubionym tematem Jaworskiego do którego wielokrotnie chętnie powracał i który opracował tak gruntownie jak nikt przed nim — było leczenie sztucznemi wodami leczniczemi. Tematowi temu poświęcone były liczne prace polskie i niemieckie jak:

1) **Die Übersaüerung des Magens und deren Behandlung mit Aqua alcalina effervescens fortior et mitior** (Therap. Monatshefte 1897 H. 7).

2) **Über die Behandlung der catarrhalischen Diarrhoea mit Aqua e lcinata effervescens fortior et mitior** (Therap. Monatshefte 1898. H. 2).

3) **Aquae minerales — Aquae medicinales effervescentes** (Pamiętnik Jubileuszowy wydany ku uczczeniu 25-letniej działalności Prof. Edwarda Korczyńskiego. 1900).

4) **Mineralwässer und Heilwässer** (Wiener. med. Wochens. 1901. Nr. 1.).

5) **Über den Gebrauch der aqua magnesiae effervescens** (Therapeutische Monatshefte 1901. Heft 1).

6) **Heilwässer und Heilwassertrinkstätten** (Wiener med. Presse. 1902. Nr. 1—2).

7) **O racjonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli** (Przegląd lekarski 1902. Nr. 16—18).

8) To samo po niemiecku (Klinisch therapeutische-Wochenschrift. 1902. Nr. 16 17).

9) **Über ein ex tempore bereitetes Eisenwasser** (Terapeutische Monatshefte 190. H. 6.).

10) **O leczeniu wodami normalnemi** (Zbiorowy podręcznik o chorobach wewnętrznych Tom III. Kraków 1905).

11) **Über Behandlung mit Normalwässern** (Berlin 1905).

12) **O stosowaniu wód normalnych w lecznictwie.** (Broszura. Kraków 1912.).

W pracach tych Jaworski zastanawiając się nad działaniem leczenia zdrojowego, dochodzi do przekonania, że wyniki lecznicze zależą nie od picia wody zdrojowej, lecz głównie od innych czynników leczniczych takich jak: korzystne napięcie psychiczne ugruntowane wiarą w zdrojowisko, oderwanie się od codziennego trybu życia, i przeciążenia pracą a wprowadzeniu czynników higjenicznych przy układaniu się do snu i wstawaniu, spokoju lub ruchu na powietrzu, zabaw i gimnastyki, dalej wpływ korzystnych stosunków klimatycznych, diety, którą chory w zdrojowisku stosuje, a w domu stosować nie chce, nie może lub nie umie, oraz kąpiele lecznicze. Działają tu metody lecznicze jakie się specjalnie dla każdego zdrojowiska wyrobiły z biegiem jego rozwoju. Natomiast picie wody mineralnej naturalnej w zdrojowisku a tem bardziej w domu stało się czynnikiem podrzędnym. Słuszną przyczyną tego jest to, że naturalne wody mineralne zawierają oprócz składników odpowiadających wskazaniom także ciała albo obojętne, albo niekiedy nawet wręcz szkodliwe tak że gdyby tak zanieczyszczoną wodę wyrabiano sztucznie zostałby jej fabrykant pociągnięty do odp wiedzialności za niedbalstwo. Nie należy sobie wyobrażać, że źródła mineralne wypływają w tym celu na powierzchnię aby leczyć choroby i że każda woda mineralna stanowi jedność terapeutyczną, której składu naturalnego zmieniać nie wolno. Przeciwnie. Naturalne wody mineralne są to medicamenta cruda a stosowanie ich jak leku domowego jest taką samą tradycją jak stosowanie kory chinowej, wilczej jagody, makówki, folia jaborandi, kory dębowej, — które dziś zastąpione są przez chininę, atropinę morfinę, pilokarpinę i tanninę. Należy wyrzucić z naturalnych wód mineralnych zbyteczne, obciążające i szkodliwe czynniki, nie naśladując ich pełnego składu należy stosować lecznicze sztuczne roztwory solne, pojedyncze i złożone, oparte na właściwościach farmakodynamicznych i doświadczeniu klinicznem. W ten sposób powstały z jego inicjatywy sztuczne wody lecznicze i wody normalne fabrykowane pod kontrolą Jaworskiego w Krakowie przez znaną fabrykę wód mineralnych Ryącyi Chmurskiego, oraz przez Towarzystwo Akcyjne „Motor“ w Warszawie, które wyrabia je według wskazówek Jaworskiego pod nazwą „Wody prof. W. Jaworskiego“. — Doniosłość tych prac Jaworskiego najlepiej ocenili w praktyce lekarze, którzy w najrozmaitszych cierpieniach stosując różne wody Jaworskiego na każdym kroku mają w rękach bardzo dzielny i skuteczny środek leczniczy, zbudowany racjonalnie na nowoczesnych poglądach chemiczno-farmakologicznych. Także zagraniczne zwłaszcza niemieckie podręczniki uważają wody, robione według wskazówek Jaworskiego, za bardzo dobre, a t. zw „Normalwässer nach Prof. Jaworski“ wyrabiane są w całych Niemczech.

W r. 1905-tym w dniach 6 i 7 maja odbył się w Krakowie I-szy Zjazd balneologiczny polski w którym Jaworski osobiście uczestniczył. Na posiedzeniu sekcji lekarskiej 7 maja odczytaną była praca wspólnie wykonana z Flisem dla I. Zjazdu Balneologów polskich, która pojawiła się w „Przeglądzie lek.“ (1905 r. Nr. 21—23) i I-szym tomie „Pamiętnika Polskiego Towarzystwa Balneologicznego za rok 1905. Praca ta nosi tytuł: „**Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich**“. Są to wyniki badań wykonanych w czerwcu lipcu i sierpniu roku 1904 w Klinice wewnętrznej Korczyńskiego. Badania te obejmowały rozbiór chemiczny, punkt marznięcia, warunki osmotyczne i przewodnictwo elektryczne w 58 wodach polskich. Autorowie są przeciwnikami podawania składu wód w ugrupowaniu jonowem i uważają na podstawie faktów, że sposób pisania składu wód w jonach jest tylko modną fantazją nie popartą dowodami.

W r. 1905-ym umarł prof. Edward Korczyński a Jaworski w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 39) pisze w gorących słowach obszerny nekrolog profesora i swego przyjaciela — dla którego osoby, pracy i zasług żywił Jaworski zawsze kult gorący.

W r. 1905-ym wydaje Jaworski pierwszy polski całkowity podręcznik zbiorowy chorób wewnętrznych w 3 ch tomach, zakrojony na miarę zachodnio-europejską. Współpracownikami jego byli: Domański, Gluziński, Korczyński, Latkowski, Marischler, Oltuszewski, Pieniążek, Pisek, Prus, Pruszyński, Szurek, Wiczkowski i Wilczyński. W podręczniku tym sam Jaworski opracował:

1) Choroby przewodu pokarmowego i otrzewnej oraz

2) O leczeniu wodami mineralnemi, normalnemi i wodami leczniczemi.

Urywek z pracy Jaworkiego, zawartej w tem dziele wyszedł w „Przeglądzie lekarskim (1905. Nr. 1) p. t.: „**Uwagi wstępne o chorobach kątnicy**“. Biegański w pracy swej p. t.: „**Co i jak lekarz czytać powinien**“ („Czasopismo lekarskie 1908.) radzi lekarzowi jako rzecz niezbędną zaopatrzenie swej bibljoteki podręcznej w ten podręcznik.

W tymsamym czasie ruchliwy Jaworski podejmuje, i odrazu urzeczywistnia myśl założenia przy krakowskiej Klinice lekarskiej Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Bardzo rychło nagromadził w Klinice liczne zbiory; tak że w roku 1905 było już w inwentarzu 2500 przedmiotów. Nadto miały być prowadzone zapiski ważniejszych wydarzeń, dotyczących rozwoju Wydziału lekarskiego. Według programu nakreślonego wówczas przez J. „celem powyższego zbioru jest wierne przedstawienie historycznego rozwoju, działalności i wpływu Wydziału Lekarskiego U. J na naukę i społeczeństwo polskie; zabezpieczenie czynności naukowej Wydziału Lek. przed nienależytem uwzględnieniem go w literaturze lekarskiej, jakoteż przed rychłem zapomnieniem zasług dawniejszych pokoleń. Przyszły pracownik na niwie lekarskiej polskiej, jakoteż historjograf, znajdą tu bez trudu materjał w jednem miejscu skupiony“. Program powyższy Jaworskiego wraz z zaproszeniem do ofiarowania przedmiotów wydrukowano też na końcu podręcznika zbiorowego chorób wewnętrznych. Później rozszerzył jego zakres na „Muzeum medycyny i farmacji polskiej“.

W r 1906-ym zapoczątkował on w „Przeglądzie lekarskim“ perjodyczną publikację przez asystentów klinicznych „**Zapisków leczniczych z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.**“ Celem ich było ułatwienie lekarzowi praktykowi orjentowania się w powodzi nowych środków leczniczych puszczanych codziennie w świat przez przemysł chemiczny i aptekarski z wielką reklamą. Były to treściwe bezstronne doniesienia o wynikach ze stosowania w Klinice rozmaitych nowych leków.

W r. 1906-ym w „Przeglądzie lekarskim“ Nr. 26 i we „Wiener Klinische Wochenschrift“ (Nr. 28) wspólnie z Korolewiczem ogłasza Jaworski badania: „**O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego**“, które wykazały ważność rozpoznawczą tego objawu i przyczyniły się do oparcia rozpoznania wrzodu żołądka na znacznie pewniejszych podstawach aniżeli dotychczas. W szczególności wykazali, że prócz wrzodu żołądka, także inne schorzenia, innych części przewodu pokarmowego n. p. rak przełyku bywa źródłem krwawień utajonych.

W tymże roku (1906 — „Przegląd lekarski“ Nr. 31 (ogłasza Jaworski: „**O łoju baranim jako masie pigułkowej**“. W pracy tej zaznacza że przy podawaniu niektórych drażniących leków jak arsenu, rtęci, jodu, fosforu i t. p należy ochraniać chory żołądek od ich działania. Do tego celu zaleca stosować takie leki w pigułkach łojowych (sebum ovile), gdyż one pływając w wodzie i w treści żołądkowej na powierzchni, szybko z płynną treścią przechodzą ze żołądka do jelit, nie topią się i nie rozpuszczają w żołądku, natomiast rozpuszczają się w całości w jelitach.

W październiku 1907 otworzył Jaworski w Klinice lekarskiej osobne dyspensatorjum dla ubogich chorych piersiowych, na wzór dyspenzorjów francuskich, które pod kierownictwem Jaworskiego prowadził ówczesny asystent Kliniki Korolewicz. Do dyspenzatorjum tego przez pierwsze 1/2 roku zgłosiło się 331 osób ze zmianami gruźliczemi na ogólną liczbę 2077 chorych ambulatoryjnych. Chorych pouczano o etjologji gruźlicy, o jej zaraźliwości, rozdawano im osobne drukowane przepisy zachowania się w domu, wydawano w miarę możności leki i kontrolowano przebieg choroby przynajmniej raz na miesiąc. W lżejszych przypadkach stosowano lecznicze wstrzykiwania tuberkuliny.

W lipcu r. 1907-ym odbył się we Lwowie X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w którym Jaworski brał udział. Zgłosił on jeden wykład własny p. t. „**Działanie radu na bakterje**“ z demonstracjami, a drugi wspólnie z Łapińskim: „**O badaniu fizycznem wyrostka robaczkowego**“. Oba wykłady opublikowane w r. 1908 a mianowicie: W roku 1908-ym ogłasza w „Medycynie“ (Str. 1121) pracę p. t.: „**Przeczynek działania promieni radu na bakterje**“. Badania te uskutecznił za pomocą 10 mgr bromku radu zawartego w rurze szklannej około 1 mm średnicy. Użył gatunków następujących: *b. typhi, b. coli b. anthracis, b. kiliense, sarc. erythromyxa* a także wypróżnień osób zdrowych i chorych. Działały w danym przypadku promienie z odległości 2—3 mm przenikająco szkło. Bakterjobójczość ich była prawie jednakowa we wszyst

kich przypadkach po 48-miu godzinach bakterie prawie bez wyjątku ginęły; po roku działanie promieni na bakterje było słabsze; na samą pożywkę działanie promieni jest zmienne.

W r. 1908-ym w „Przeglądzie lek." (Nr. 3 i 4) i we „Wiener Kl. Woch." ogłasza Jaworski wspólnie z Łapińskim: **„O wyczuwalności wyrostka robaczkowego i kątnicy oraz o przynależnych punktach bolesnych"**. Badania te dowodzą ważności planowego postępowania, które doprowadza do odkrywania nowych zjawisk przy pomocy prostych rękoczynów po nabyciu pewnej wprawy przez ćwiczenie. Z badań tych robionych u 800 mężczyzn u 51·5 precent można było wyczuć wyrostek robaczkowy bez przypadków schorzenia tego narządu. Oprócz tego u 60-ciu wyczuwano w prawej zatoce biodrowej sznurki pochodzące bądź ze zmienionej otrzewny kątniczej, bądź z wyrostka. Bolesność punktu Mac Burneya stwierdzono u 26·5% i zauważono, że bolesność tego punktu nie idzie w parze z bolesnością wyrostka. U 17·6% stwierdzono bolesność symetrycznego punktu po stronie lewej, a u 12·1% bolesność obydwóch tych punktów. Ponadto przeprowadzono wiele badań nad wyczuwalnością i bolesnością dotykową kątnicy i esicy. Badania te potwierdził również prof. Witold Orłowski („Przegląd lekarski" z r. 1908), który wśród 40 mężczyzn wyczuł wyrostek sposobem Jaworskiego i Łapińskiego u 49%.

W r. 1909-ym zmarł Teodor Dunin jeden z najwybitniejszych i najzasłużeńszych internistów polskich. Pisząc jego nekrolog („Przegląd lekarski" 1909. Nr 13.) z głębokim żalem wspomina Jaworski o nieumiejętności u nas właściwego oceniania popędu do pracy naukowej. „W innych warunkach — pisze Jaworski — gdzieś za granicą, stworzonoby człowiekowi tej wartości, co ś. p. Dunin, byt wolny od trosk, pozwalający poświęcić się wyłącznie umiłowanej pracy; w warunkach naszych musiał ś. p. Dunin ciężką pracą zwyczajnego praktyka zarabiać, a czas wolny od praktyki, mający mu służyć za wypoczynek wraz z zapracowanym groszem wkładał w pracę naukową i społeczną".

Podobnego losu i braku opieki ze strony społeczeństwa niestety doznał i sam ś. p. Jaworski, który złożywszy ze swego pracowitego życia ofiarę Nauce i Ojczyźnie, musiał pod koniec życia, będąc już ciężko chorym, praktykować, borykając się z materjalnemi troskami.

W r. 1909-ym odbył się w kwietniu w Krakowie II-gi Zjazd Balneologów polskich, w którym prof. Jaworski osobiście brał udział.

W tymsamym roku (1909) odbył się w Krakowie od 19—21 lipca I-szy Zjazd Internistów polskich, a ówczesne zeszyty „Przeglądu lekarskiego" poświęcone temu Zjazdowi są wypełnione w całości pracami Jaworskiego i lekarzy kliniki krakowskiej, prowadzonej przez niego, a mianowicie: Klugera, Korolewicza, Kostrzewskiego, Łapińskiego, Maciąga, Mięsowicza i Szurka. Zjazd ten, który zagaił prof. Jaworski jako prezes Komitetu urządzającego, połączony był między innemi ze zwiedzaniem Muzeum założonego przez niego. Na Zjeździe tym rozdawano odezwę specjalnie wydrukowaną (1911) przez Jaworskiego, propagującą Muzeum historyczne z rozszerzonym zakresem jako: „Muzeum historyczne medycyny i farmacji polskiej", zachęcającą do ofiar dla Muzeum. Trzecim referatem głównym Zjazdu był wspomniany już referat Jaworskiego i Mięsowicza: **„O deprawacji wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach"**. Referat ten wywołał ożywioną dyskusję, w której brali udział: Mikołajski, Pisek (Podgórze), Gluziński, Dłuski, Fidler i Birkenfeld, poczem jednogłośnie uchwalono wszystkie wnioski referentów z dodatkiem wniosku Mikołajskiego, polecającego Izbom lekarskim i świeżo zawiązanemu „Związkowi Prasy Lekarskiej Polskiej", aby się również tą sprawą zajęły.

Zjazd ten, zainicjowany przez Jaworskiego, powiódł się pod każdym względem znakomicie, zgromadzając nadspodziewanie liczne grono uczestników i zostawiając po sobie niepoślednie plon naukowy. Toteż po zakończeniu wykładów prof. Gluziński wśród hucznych oklasków podkreślił zasługi Jaworskiego, któremu zawdzięczać należało, że Zjazd ten udał się i że położył podwaliny pod dalsze Zjazdy.

W tym roku („Przegląd lek." 1909. Nr. 29—32) razem z Korolewiczem ogłasza Jaworski pracę p. t: **„Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych"**. W pracy tej omówiwszy wprzód teorję komórkową Miecznikowa i humoralną Buchnera, względnie neohumoralną Ehrlicha, przedstawia szczegółowo rzecz objętą tytułem i opinje autorów o tej metodzie. Badania własne nad wskaźnikiem opsoninowym w schorzeniach gruźliczych rozmaitych narządów oraz nad zachowaniem się jego przy leczniczem wstrzykiwaniu tuberkuliny przeprowadzono ogółem u 23 chorych razem w ilości 98 badań. Na podstawie tych spostrzeżeń doszli do wniosku, że przy wstrzykiwaniach tuberkuliny oddają opsoniny wielką usługę tak dla leczonego jak i dla leczącego.

W tymsamym roku (1909) również z Korolewiczem ogłasza on w „Przeglądzie lekarskim" (29—30) pracę: **„O powietrzu w pokoju a na werandzie"** w której streszcza spostrzeżenia nad czystością powietrza, względnie zawartością ozonu, poczynione przygodnie w czasie wakacyj w r. 1908 w Krakowie, Krynicy i Zakopanem. W Krakowie badano powietrze w gmachu klinicznym i w ogrodzie klinicznym, nadto w mieszkaniu prywatnem w śródmieściu i na plantacjach, a również w kilku miejscach w Krynicy i Zakopanem. Ze spostrzeżeń tych okazało się, że w Krakowie nie było ozonu, a w Krynicy i Zakopanem znajdował się obficie i to w większej ilości w Zakopanem niż w Krynicy. Postulaty postawione w tej pracy aby miasta, zamiast drzew liściastych wszędzie gdzie to tylko możliwe obsadzały place i najbliższe okolice drzewami szpilkowemi - przeszły niestety dotychczas bez echa z powodu zupełnego niedorozwoju znajomości higjeny w naszem społeczeństwie.

W tymsamym roku (1909) w „Przeglądzie lekarskim Nr. 29—31) razem z Łapińskim ogłasza: **„Wyniki rozpoznawcze i lecznicze otrzymane w schorzeniach kiłowych, przy kierowaniu się odczynem Wassermann-Neisser-Brucka"**. Omówiwszy wprzód wartość rozmaitych innych odczynów na kiłę i technikę odczynu opisanego w tytule, przedstawia badania przedsięwzięte w Klinice krakowskiej, których liczba wynosiła 231 badań u 184 chorych. Były to surowice ze zmian świeżych, surowice z pewną przebytą kiłą, ze zmian trzeciorzędnych oraz badania nad zachowaniem się odczynu pod wpływem leczenia i badania nad stwierdzeniem swoistości samego odczynu. Dochodzą do wniosku, że odczyn ten jest swoisty i rozpoznawczo donioslу a tylko u nas w zimnicy okazujący pewną nieswoistość. W leczeniu dłuższem używać należy odczynu jako wskaźnika dla podjęcia lub przerwania leczenia.

W r. 1911 ogłasza w „Przeglądzie lekarskim" (Nr 23) pracę p. t.: **„Oklepywanie wątroby i żołądka i ucisk wibracyjny"**, w której podaje swoje spostrzeżenia nad oklepywaniem wątroby i żołądka u chorych t. j. wykonując szybko po sobie następujące uderzenia. Wstrząśnienia te wywołują w schorzałych narządach uczucie bólu. W wielu niejasnych przypadkach oklepywanie wątroby naprowadziło na rozpoznanie kolki żółciowej. Natomiast bolesność, która się okazuje po lewej stronie grzbietu a której niema po prawej stronie przemawia za wrzodem okrągłym na tylnej ścianie żołądka. Jaworski uważa oklepywanie także przy kolce żółciowej i wrzodzie żołądka we wielu wątpliwych przypadkach za cenny i pomocniczy sposób rozpoznawczy. Nadto stosował on dla odróżnienia nerwobólu żołądkowego od wrzodu okrągłego i kamicy wątrobowej t. zw. ucisk wibracyjny. Jeżeli wtłacza się opuszką palca bolesne powłoki brzuszne ku wewnątrz i równocześnie wykonywa przez ¼—1 minuty ruch wibracyjny nie odejmując końca palca od powierzchni ciała — to bóle nerwowe znikają a przy ponownem badaniu chory nie umie nieraz podać w którem miejscu go bolało. Natomiast jeżeli punkty bolesne są na tle anatomicznem (ulcus, cholelithiasis) to bolesność przy ucisku wibracyjnym nie znika a często potęguje się, tak, że chory broni się przed powtórzeniem próby. Praca ta wyszła po niemiecku we „Wiener Klin. Woch. 1911. Nr. 25.

W r 1911-ym w „Przeglądzie lek." (Nr. 28) ogłasza w pracy p. t.: **„Hypodynamja cordis diarrhoica"** swoje spostrzeżenia, dowodzące, że w praktyce u osób zazwyczaj starszych z przewlekłem skurczowem zaparciem stolca może się pojawić pod wpływem środków czyszczących biegunkowa niedomoga serca. Zwykle dotyczy to osób u których energja zapasowa serca jest zmniejszoną i niewystarczającą czy to z powodu miażdżycy ogólnej, czy z powodu przewlekłych spraw zapalnych, zwyrodnienia, otłuszczenia lub złego odżywiania serca, lub wad zastawkowych. Ponieważ zmiany te mogą być nieznaczne lub znajdować się w miejscach dla czynności narządu mniej ważnych, że są utajone i klinicznie się jeszcze nie ujawniają a dopiero stan biegunkowy je ujawnia, przeto można stan biegunkowy względnie silny środek przeczyszczający spożytkować jako próbę dla wykazania utajonej niedomogi serca. W takich przypadkach leczenie zaparcia jest bardzo utrudnione i ograniczone, i należy baczną zwrócić uwagę na objawy niedomogi serca. Praca ta wyszła też po niemiecku we „Wiener Klinische Wochen" 1911. Nr. 34.

W sierpniu 1911 r. podczas leczniczego pobytu J. w Jachymowie (St. Joachimsthal) w Czechach przesyła do „Przeglądu lekarskiego" (Nr 38—39) korespondencję z dokładnym opisem Joachimsthalu, jego źródeł radjoczynnych, urządzeń kąpielowych oraz skutków działania kąpieli radowych na ustrój.

W r. 1912 ym ogłosił Jaworski w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 16) wykład wygłoszony 31. I. 1912. w Krakowskiem Tow. lekarskiem: **„Ostatnie modyfikacje w sposobach badania fizycznego chorych"**, w którym po krótkim historycznym wstępie omawia ze stanowiska ostatnich zdobyczy naukowych nowe ulepszenia w sposobach opukiwania wogóle, a zwłaszcza płuc i serca, dalej nowości w dziedzinie osłuchiwania przyczem szczegółowo rozbiera zalety i wady różnych słuchawek i fonendoskopu, dalej omawia obmacywanie, punkty bolesne, ucisk wibracyjny, badanie grzbietu przy leżeniu na brzuchu i opukiwanie kręgosłupa.

W r. 1912 ym ogłasza w „Wiener med. Wochenschrift" (Nr. 11) artykuł p. t.: **„Brunnen- oder Sanatoriumkurorte?"**. W pracy tej uzasadnia swoj poglądy, że z postępem rozwoju chemji oka zało się, że źródła naturalne w zdrojowiskach są czynnikiem leczniczym podrzędnym, a głównymi czynnikami są: leczenie specjalistyczne, fizykalne i dietetyczne, zmiana trybu życia i czynniki klimatyczne. Wobec tego należy tworzyć sanatorja zgrupowane t. j. dla różnych specjalności osobnych jak dla gruźlicy, chorób przewodu pokarmowego, narządu krążenia, chorób przemiany materji, nerwowych, skórnych i chirurgicznych — nie po miastach lecz w odpowiednich okolicach zdrowotnych i zamiast zdrojowisk tworzyć kompleksy sanatorjów jako t. zw uzdrowiska sanatoryjne (Sanatorium-kurorte) z odpowiedniemi urządzeniami.

W r. 1913-ym w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 25) nekrolog ś p. prof. Pareńskiego, napisany gorąco przez Jaworskiego, rzuca piękne światło na to, że Jaworski umiał bez wszelkich

uprzedzeń i myśli ubocznych właściwie ocenić i podnieść wszystko to, co w działalności zmarłego było dobre, piękne i pożyteczne.

W r. 1914-ym w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 2) przychodzi J a w o r s k i e m u pisać bolesny nekrolog trzeciego z rzędu internisty, którego stracił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w ciągu jednego roku. Był nim prof. Edwin M i ę s o w i c z, były uczeń i współpracownik J a w o r s k i e g o, jeden z najzdolniejszych i najbardziej cenionych lekarzy krakowskich, o nader gruntownej wiedzy lekarskiej i bystrym umyśle, który zmarł już na samym początku swej pracy naukowo-zawodowej. Nekrolog ten jasno uwypukla jak silną stratę poniosło społeczeństwo polskie przez śmierć M i ę s o w i c z a.

W r. 1914 w dniach 4 go i 5 go maja odbył się w Krakowie III-ci Zjazd balneologów polskich na którym jako pierwszy wykład z działu balneologji wygłosił J a w o r s k i rzecz: **O urządzeniach leczniczych w zdrojowiskach teraz i w przyszłości".**

W r 1914 w dniach 21 i 22 lipca odbył się II gi Zjazd Internistów polskich we Lwowie. Powstałe wówczas „Towarzystwo Internistów Polskich" z G l u z i ń s k i m na czele wybiera J a w o r s k i e g o delegatem organizatorem zjazdowym dla Krakowa. Prof. J a w o r s k i ze swoim sztabem klinicznym dostarczył temu zjazdowi 19 tematów naukowych. Poraz pierwszy dzięki niemu była na zjazdach polskich traktowana sprawa elektrokardjografji (Jaworski, Łątkowski, Meyer). Nadto żywe zainteresowanie wniosła klinika J a w o r s k i e g o do tematów: **„Oklepywanie klatki piersiowej i ucisk wibracyjny na jamie brzusznej"** (Jaworski). „Modyfikacje osłuchiwania klatki piersiowej i osłuchiwanie tonów i szmerów serca przez nos" (Meyer), dalej „w sprawie wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy" (Nowaczyński) oraz „w sprawie kiły aorty (Wachtel). Zjazd ten między innemi uchwalił aby Zarząd czuwał nad wykonaniem wniosku prof. J a w o r s k i e g o, powziętego jeszcze na I. Zjeździe, celem zwalczania środków tajnych i bezwartościowych, podobnie jak to w Niemczech czyni Komisja Kongresowa

Działalność Jaworskiego w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem

W 1 86-ym został J a w o r s k i na posiedzeniu Tow lek krakowskiego z dn. 3 lutego wybrany do Komisji której zadaniem było wzięcie w opiekę i podniesienie krajowego przemysłu na polu lecznictwa. Była to tzw. Komisja przemysłowa. Komisja ta n. p. 18 maja 1886 deleguje Doc. J a w o r s k i e g o, aby niespodzianie, bez zawiadomienia fabrykantów, zbadał na miejscu fabrykę Rzący i Chmurskiego, czy wody mineralne sztuczne tej fabryki bywają należycie sporządzane. Na posiedzeniu z dn. 4. VI. 1886 J a w o r s k i zdaje sprawę ze zwiedzenia Zakładu którego fabrykację uznał za poprawną. a temże posiedzeniu Komisja poleca J a w o r s k i e m u wejście w porozumienie z fabryką aby się podjęła wyrabiać higjeniczną wodę sodową na wodzie destylowanej i uproszono go do częstego i naprzód niezapowiadanego kontrolowania tej fabryki. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego dn. 7 lipca 1886 stawia J a w o r s k i wniosek (przyjęty) o upoważnienie Komisji do działania w tym kierunku, aby wody mineralne krajowe znajdowały się w składach w tych zdrojowiskach w których Polacy jako pacjenci przebywają. Za inicjatywą i według wskazówek J a w o r s k i e g o zaczęła fabryka Rzący i Chmurskiego w porozumieniu z Towarzystwem lekarskiem wyrabiać prócz higjenicznej także wodę sodową kwaśną i mocniejszą. Na posiedzeniu Komisji przemysłowej z dn. 27 października 1886 stawia J a w o r s k i wnioski jak należy kontrolować mleczarnię Żeleńskiego z Grodkowic aby być pewnym że dostarczane mleko odpowiada wymogom lekarskim. Równocześnie stawia J wniosek aby Żeleńskiemu zrobić propozycję fabrykacji w celach leczniczych mleka zagęszczonego. Wybrany do kontrolnej Komisji J a w o r s k i zdaje na posiedzeniu dn 25 listopada 1886 szczegółowo sprawę ze swych gruntownych spostrzeżeń na miejscu i przeprowadza postulaty Komisji przemysłowej Tow. lekarskiego.

1886 — 1. XII. Wykład J a w o r s k i e g o: **„O symptomatologji i kolejnym rozwoju zboczeń czynnościowych żołądka"** (na podstawie 222 obserwacyj).

1887 — 26 II. J a w o r s k i referuje w Komisji przemysł Tow. lek. krak. o kefirze wyrabianym przez aptekarza S o b i e r a j s k i e g o w Krakowie i uchwalono Tow ek. polecić przetwór ten do popierania.

9. III J a w o r s k i demonstruje w Tow lek. pompę żołąd. Czyrniańskiego i omawia szerzej porównawcze badania treści żołądkowej rozmaitemi metodami

6. XII. Komisja przemysłowa na skutek doniesienia że fabryka R z ą c y i C h m u r s k i e g o wyrabia wody mineralne na źródlanej, poleca zbadanie podkomisji z Jaworskim, Buszkiem i Olszewskim

1888 3. I na posiedzeniu Komisji przemysłowej stawia J. wniosek, aby działać przeciw środkom tajemnym.

17 I. Komisja przemysłowa poleca mu zbadać kefir Wolańskiego we Lwowie.

18. I. W y k ł a d w Krak. Tow. lek. p t.: **„O odczynnikach, służących do wykrywania kwasu solnego w treści żołądka".**

2. V. W y k ł a d J.: O nadmiernem wydzielaniu kw. solnego w żołądku.

7. XI. D e m o n s t r. J. przedstawia operowaną przez prof. Obalińskiego, u której wycięto odźwiernik z powodu zwężenia rakowatego i zdaje obszernie sprawę z badań swoich nad czynnością trawienia u tej chorej

28. XI. Referat (Jaworski, Buszek, Olszewski) w Kom. Przemysł. o Fabryce Rzący i Chmurskiego: polecenia godna gdyż wyroby są poprawne (podobny referat Jaworskiego 29. V. 1889).

1889 6. II. 1) Uwagi co do funkcji żołądka i jelit po operacji u chorego u którego prof R y d y g i e r wykonał w grudniu 1888 gastro-enterostomję z powodu rozległego raka odźwiernika.

2) D e m o n s t r a c j a owoców i jarzyn suszonych R o ż a ń s k i e g o z Bochni, które Komisja przemysłowa po jego zbadaniu postanowiła przedłożyć Tow. lek. jako polecenia godne.

16. X. Referat J. z R o s e n z w e i g i e m: „O sacharynie jako leku i przyprawie".

1892 23 VII. Nadzwyczajne posiedzenie Tow. lekarskiego zwołane w porze wakacyjnej, kiedy posiedzenia się nie odbywają, wybiera z powodu niebezpieczeństwa cholery specjalną Komisję dla wypracowania r zprawy o cholerze. Komisja ta poleciła pracę J a w o r s k i e g o wydrukowaną w „Przeglądzie lekarskim"

1894 2. V. Wykład J a w o r s k i e g o: **„O prześwietlaniu jam ustroju"** z demonstracjami na chorych. Według J a w o r s k i e g o djafanoskopja:

1) ułatwia dokładne oznaczenie dolnego brzegu wątroby co jest ważne zwłaszcza w przypadkach guzów i marskości wątroby
2) ułatwia wyraźne oznaczenie dolnej granicy żołądka
3) ułatwia odróżnianie zwisania żołądka (Gastroptosis) od rozstrzeni żołądka
4) uwydatnia guzy na przedniej ścianie żołądka
5) uwydatnia przedni brzeg powiększonej śledziony

1895 5. III J a w o r s k i na po Komisji przemysłowej referuje wynik swoich badań nad preparatami apt. O t o w s k i e g o w Krakowie:

1) pulv. carmi
2) perły arsenikowe
3) pigułki kreozotowe
4) czekoladki nitroglicerynowe.

1895 19. VI. W dyskusji nad wykładem C z a j k o w s k i e g o o „Etjologji odry" oświadcza J a w o r s k i, że należy z uznaniem przyjąć badania autora i przypomina, że N a w r o c k i pierwszy przedstawił prątki tężca, jednak nie zwrócono uwagi na jego doniesienie, dopóki N i c o l a i e r ich nie opisał.

6 XI. Na posiedzeniu Tow. lekar. przedstawia przetwory kamforowe, strychninowe, arzenikowe i bromowe aptekarza O t o w s k i e g o do przyjęcia (przyjęto)

1895 15 XI. Na pos. Kom. przem. referuje J normę postępowania w ocenianiu win leczniczych. Wybrano go do Komisji (J Ł a z a r s k i i S t e i n g r a b e r) do oceniania win.

30. XII Stawia J. w Kom. przem. wniosek o udzielenie Fabryce R z ą c y i C h m u r s k i e g o wskazówek co do sposobu sztucznego przyrządzania wody Emskiej (przyjęty)

1896 18. III. W dyskusji w Tow. lek. nad demonstracją Górskiego fonendoskopu Bazzi-Bianchi J a w o r s k i podnosi dodatnie i ujemne strony wyrzutu z własnego doświadczenia.

17 VI w Tow lek 1) Demonstracja objawu L i t t e n a

2) D e m o n s t r. osłuchiwania narządów klatki piersiowej od przełyku sposobem F r o m m a t. j. za pomocą sondy żołądkowej zakończonej uszną nasadą zwykłej słuchawki.

1896 17. VI. 3) D e m o n s t r.: algesimetru Boasa na podstawie własnych 3-letnich doświadczeń

4. XI. W y k ł a d: „O oznaczaniu granic żołądka".

2. XII Pos. Tow 1) Stawia żądanie (przyjęte) aby w kalendarzu lekarskim krakowskim umieszczony był szematyzm klinik, szpitali i t p

2) Imieniem Komisji przemysł przedstawia wodę Kissingen-Rakoczy Rzący i Chmurskiego jako polecenia godną.

1897 16. VI. Znaczenie rozpoznawcze X prześwietlania (Wykład z demonstracjami) w zakładzie prof. Olszewskiego

1905 12. IV. 1) J a w o r s k i: Pseudoleucemia lymhatica acuta (Demonstr.).

2) J a w o r s k i: (Demonstr.). Hypertrophia myocardii idiopathica subs. insuf. cordis.

3) J a w o r s k i; (Demonstr). Syringomyelia.

4) J a w o r s k i i K o r o l e w i c z: (Demonstr.) Próba Strassburgera badania kału na bilirubinę

5) J a w o r s k i i K o r o l e w i c z: Próba na krew w wydzielinach metodą Shillinga.

6) J a w o r s k i i S z u r e k: Działanie weronalu przeciw nocnym potom suchotników a urotropiny w płonicy.

1905 5. VII J a w o r s k i; (Demonstr.). Morbus coeruleus cum hyperglobulia.

1906 21. III. J a w o r s k i i K o r o l e w i c z: 1) O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego (Wykład).

2) J a w o r s k i: O łoju baranim jako masie pigułkowej. (Demonstracja)

3) J a w o r s k i: (Demonstracja). **Menstruacio vicaria sub forma purpurae simplicis**: Przypadek miesiączki zastępczej u kobiety która 4 razy rodziła. Od roku zamiast miesiączki wybroczyny na skórze i błonie śluzowej jamy ustnej, czasami dość znaczne silne podbiegnięcia. Zawartość krwi stwierdzono w moczu i w kale. Wybroczyny skórne po miesiączkowaniu znikają.

4) J a w (Demonstracja). Przypadek u 30 letniego mężczyzny **Tuberculosis linguae et totius oris, condensatio apicis pulm. dextri.**

5) Jawor. (Dem.): **Pemphigus foliaceus malignus oris et cutis** dotyczący 42 letniej kobiety.

6) Jaw. demonstr. **Hysteria virilis traumatica sub forma anaesthesiae circumscriptae.** Przypadek u 45 letniego konduktora kolejowego, który przy rozerwaniu się pociągu wyskoczył z niego.

1906. 5/12. 1) Jaworski. Demonstracja chorego 36 letniego: **Samowyleczenie ciężkiej niedokrewności pierwotnej.**

2) Jaworski (Demonstr.) U chorego 25 letniego: **Spondylosis rhizomelica** typu Bechterewa.

3) (Demonstr.) Chłopiec 15 letni **Nanismus infantilis athyreoplasticus** i jako przeciwieństwo tego atyreoidyzmu.

4) (Demonstr.) Chorego z **hypertyreoidyzmem.**

5) (Demonstr.) **Situs viscerum inversus completus** z wątrobą po lewej a śledzioną po prawej stronie u 37 letniego ślusarza.

1907 – 6/2. 1) Jaworski (Demonstr.) Przeczulica histeryczna naśladująca zapalenie otrzewnej (*peritonismus*).

2) Jaworski (Demonstr) Tętniak brzusznej części tętnicy głównej.

3) Jaworski (Demonstr.) Choroba Hirschsprunga u 36 letniego mężczyzny.

1907 4/12 1) Jaworski (Demonstr.): Skórny odczyn tuberkulinowy Pirqueta, który stosował w klinice u 68 chorych dorosłych. U dziewięciu chorych ze stwierdzoną gruźlicą wystąpił u wszystkich odczyn dodatni. Z 59 klinicznie nie gruźliczych u 27 był wynik ujemny u 32 dodatni.

1907 — 4/12. 2) Jaworski. (Demonstracja **odczynu ocznego Calmetta**, który według Jaworskiego idzie równolegle z odczynem skórnym Pirqueta.

3) J. demonstruje **płytki żelatynowe kilku hodowli bakteryj, naświetlone bromkiem radowym.** (Rzecz później ogłoszona).

4) J. demonstruje **próbę Rivalty celem rozpoznania przesięków od wysięków** za pomocą wpuszczenia do 50 cm³ wody destylowanej jednej kropli kwasu octowego lub 10 kropel octu.

1909 — 3. III. Jaworski Łapiński. Odczyt o odczynie Wassermann-Neisser-Bruck.

1909 — 28. IV. Jaworski - Korolewicz: Opsoniny Wrighta.

1912 — 31. I. Odwrotne ułożenie trzew.

31. I. O najnowszych modyfikacjach fizycznego badania chorych (wykład).

1913 — 4. VI. W sprawie operowania **kamicy żółciowej** zwalcza J. radykalne stanowisko prof. Kadera. Ze stanowiska internistycznego zanadto radykalne stanowisko w bardzo wielu przypadkach nie jest należycie uzasadnione czego dowodzi obserwacja bardzo licznych przypadków w klinice i prywatnej praktyce. Ponieważ materjał chirurgów jest internistyczny, przeto należy brać w rachubę tak jeden jak i drugi dział medycyny.

1913 — 3. XII. **Cholelithiasis typhosa.** (Demonstracja chorej która przechodziła dur przed 2 laty, operowaną z powodn kamicy żółciowej a której J. z płynu znajdującego się w woreczku żółciowym wyhodował drobnoustroje duru.

1914 — 28. I. Jaworski przedstawia przypadek **wzrostu karlowatego** (demonstracja) i **Chondrodystrophii**, i omawia szczegółowo zależność tych przypadków od gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Na temsamem posiedzeniu omawia Jaworski analizę **elektrokardjogramu otrzymanego odmiennym sposobem**, własnego pomysłu. Sposób ten polega na szybszem lub powolniejszem przesuwaniu płyty.

1915 — 24. III. Demonstracja — **ropnej apendicitis** operowany w 3-cim dniu choroby. Przypadek ciekawy ze względu na usadowienie **bólów wzdłuż moczowodu prawego** co mogło dać powód do mylnego rozpoznania. Przy operacji znaleziono ograniczony ropień a badanie bakterjologiczne wykazało prątki **okrężnicy i paciorkowce.**

1917 — 12. XII. W dyskusji nad demonstracją prof. Latkowskiego wyprysku przewlekłego ze znacznym świądem leczonego z dobrym skutkiem wstrzykiwaniami mleka, Jaworski stwierdza, że niewiadomo co w mleku stanowi czynnik leczniczy. Będzie to można wiedzieć, jeśli się uda pojedyncze składniki wyosobnić. J. nie sądzi, aby wyprysk był następstwem zatrucia z przewodu pokarmowego, uważa go raczej za sprawę swoistą skóry.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. S. J. SCHWEIG. Łódź.

O patogenezie jaskry.

Czy należy dopatrywać się przyczyny jaskry pierwotnej w podwyższeniu napięcia nerwów sympatycznych?

Mimo wielokrotnych badań doświadczalnych i klinicznych, mimo bardzo skomplikowanych dociekań teoretycznych nie posiadamy dotychczas teorji, któraby była w stanie nam wytłumaczyć wszystkie różnorodne objawy kliniczne, spotykane przy chorobie zwanej jaskrą.

Ośrodkiem dyskusji i pobudką do niej stały się ostatnio prace Seidla o źródle i przebiegu płynów wnętrza gałki, repliki Hamburgera i doświadczenia jego nad skutecznością zastrzyków podspojówkowych adrenaliny w przypadkach jaskry przewlekłej, a wkońcu wyniki długoletnich badań nad znaczeniem nerwów roślinnych w ustroju człowieka.

Ogólnie przyjęte jest obecnie już zdanie, że powstanie jaskry pierwotnej zależne jest od zmian ogólnych w organiźmie. Według Birch-Hirschfelda jaskra jest pojęciem zbiorowem objawów z podwyższeniem napięcia gałki ocznej, na które to pojęcie składa się 16 czynników, z tego 10 miejscowych, a 6 ogólnych. Do ostatnich zalicza zachowanie się serca, naczyń krwionośnych i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Paltracca określa jaskrę w ten sposób, że nie jest ona chorobą »*sui generis*«, tylko jednym z objawów zaburzenia w całym organizmie. Roemer wyraża się, że bez wątpienia ostatnia przyczyna jaskry leży w całokształcie ustroju człowieka. Co do kwestji jednak, jakiego rodzaju zaburzenia w organizmie należy uważać za chorobotwórcze dla jaskry i w jakim stosunku one pozostają do objawów miejscowych, zdania są bardzo rozbieżne.

Według Noiszewskiego za powód jaskry należy uważać różnicę między wewnątrz-gałkowem a wewnątrz-czaszkowem ciśnieniem. Przypuszczenie swoje opiera Noiszewski na klinicznem spostrzeżeniu Gorbunowa, który przy nakłuciu lędźwiowem zauważył napad jaskry, następnie na własnych doświadczeniach nad psami i na interpretacji całego szeregu przypadków z piśmiennictwa. Hipoteza ta mogłaby tłumaczyć brak zagłębienia sitkowia mimo podwyższonego napięcia ocznego z jednej strony, a z drugiej znaczne nieraz zagłębienie przy małem napięciu. Przeciwko tej hipotezie przemawiają badania Heinego, który na 10 przypadków jaskry znalazł 3 razy normalne, a 7 razy nawet podwyższone ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego. Goldenburg dowodzi, że sitkowie posiada rozmaitą grubość, a zagłębienie sitkowia nie zależy od wysokości napięcia ocznego tylko od grubości sitkowia i od ilości zawartych w niem włókien elastycznych. Również Neuhaeuser tłumaczy przypadek podwyższonego napięcia ocznego bez zagłębienia sitkowia prawdopodobieństwem jego zdolności odpornej.

Wielu autorów przypisuje duże znaczenie ogólnemu podwyższeniu ciśnienia krwi i miażdżycy naczyń. Według Kuemmla przy podwyższonem ciśnieniu krwi powstaje czynne tętnicze przekrwienie w gałce ocznej. Przeciw temu przypuszczeniu przemawiają doświadczenia Kadlicky'ego, że pilokarpina, t. j. środek obniżający przeważnie ciśnienie krwi, powoduje czynne przekrwienie jagodówki, adrenalina zaś prowadzi do jej anemizacji. Kliniczne doświadczenia uczą nas, że w wielu przypadkach jaskry nie spotykamy wzmożonego ciśnienia krwi. To też Loehlein zaznacza, że nie przypuszcza, by w podwyższeniu ciśnienia krwi należało widzieć istotną przyczynę jaskry. Smith podnosi, że miażdżycę naczyń spotykamy tak przy normalnem napięciu gałki ocznej, jak też przy podwyższeniu i obniżeniu tegoż.

Wpływ ustroju nerwowego na powstanie jaskry również wielu autorów wzięło w rachubę. Przedewszystkiem zwolennicy teorji o chorobotwórczem znaczeniu ogólnego podwyższenia ciśnienia krwi zwrócili uwagę na to, że dużą rolę odgrywa rozdział krwi pomiędzy poszczególne organy ciała. Rozdział ten podlega skomplikowanym wpływom nerwowym. Rentz ogólnikowo zaznacza, że jaskra polega na »dysergji całej osobowości psychofizycznej« i że »jest jakoby prototypem zachorowania na tle naczynioruchowem«. Ostatnio Hannemann tłumaczy jaskrę jako wyraz sympatykotonji względnie niedomogi nerwów parasympatycznych.

Uzależnienie jaskry od nerwów roślinnych oprzeć się może już na tem, że atropina, wywołująca czasem napad jaskry, adrenalina, pilokarpina, ezeryna, stosowane przy leczeniu jaskry, odgrywają dużą rolę w fizjologji nerwowego układu roślinnego. (Należy jednak już teraz zwrócić uwagę, jak to czynią Dresel i Langley, że działania tych środków nie można w całej pełni identyfikować z działaniem naturalnych podniet nerwów roślinnych). Pozatem zwrócono uwagę na skutki wycięcia lub podrażnienia zwojów nerwów roślinnych na napięcie oczne. Okazało się, że wycięcie szyjnego zwoju sympatycznego górnego powoduje przemijające obniżenie napięcia gałki ocznej. Również udało się osiągnąć obniżenie napięcia ocznego przez wycięcie zwoju rzęskowego

(Roemer), zawierającego nerwy parasympatyczne. Wkońcu próbowano także obniżyć napięcie oczne zapomocą zastrzyków kokainy i alkoholu do zwoju klinowopodniebiennego, pochodzącego od zwoju szyjnego, zawierającego jednak także włókna od ciałka kolankowatego (Post jr. i Elschnig).

Wyniki wyżej wyłuszczonych zabiegów operacyjnych same przez się nie usprawiedliwiają przypuszczenia, że podrażnienie nerwów sympatycznych jest powodem wzmożonego napięcia ocznego.

Cały szereg doświadczeń przemawia raczej za tem, że podrażnienie nerwów parasympatycznych może się przyczynić do wzmożenia zawartości gałki ocznej. Magitot i Baillart stwierdzili podwyższenie napięcia ocznego przy przecięciu szyjnego nerwu sympatycznego u kotów, t. j. przy pozostawieniu przewagi nerwów parasympatycznych. Seidel doświadczalnie wykazał wzmożenie wydzielin z ciałka rzęskowego przy stosowaniu pilokarpiny jako podniety nerwów parasympatycznych. Jeżeli Roemer pisze, że nerwy nie mają bezpośredniego wpływu na mnogość wydzieliny ciałka rzęskowego i jeżeli wogóle negowano jego charakter gruczołowy, to ostatnie badania Seidla wykazują równoległość między nabłonkiem ciałka rzęskowego, a nabłonkiem innych gruczołów tak pod względem fizjologicznym jak i budowy anatomicznej. Znalazł bowiem w ciałku rzęskowem obfity zwój nerwowy z licznemi zakończeniami pomiędzy komórkami nabłonka.

W normalnej gałce ocznej środki zwężające źrenicę nie powodują obniżenia napięcia ocznego. Prowadząc bowiem do wzmożenia wydzieliny we wnętrzu gałki równocześnie stwarzają warunki lepszego odpływu tej cieczy, bądź (według Hamburgera i Weissa) przez powiększenie tęczówki wsysającej ciecz z przedniej komórki, albo też przez uprzystępnienie drogi do kanału Schlemma i rozszerzenie tegoż w myśl wywodów Seidla, Thomsona, Vaidya [1]). Thomson tłumaczy napady jaskry, powstające po północy po kilkugodzinnym śnie brakiem czynności nastawczej we śnie. Przy czynnej bowiem nastawczości powstaje ujemne ciśnienie w kanale Schlemma, który niby pompa wsysa ciecz z przedniej komórki. Podobnie utrzymuje Jaensch, że środki zwężające źrenicę, rozszerzają odwodzące ciecz oczną przewody żylne. Według Knappa należy czasem nawet lekkie rozszerzenie źrenicy uważać za korzystne dla przebiegu napadu jaskry, gdyż zbyt wązka źrenica tamuje przejście cieczy z tylnej komórki do przedniej. Przypuszczenie Thomsona tłumaczy nam również, dlaczego forsowna nastawczość nieraz dobrze wpływa na przebieg napadu jaskry.

Odwrotnie zaś w oku normalnem, niepredysponowanem do jaskry, środki rozszerzające żrenicę (atropina) nie powodują napadu jaskry, gdyż utrudniając z jednej strony dostęp do kanału Schlemma, względnie zmniejszając jego zdolność wsysającą (przez paraliż nastawczości) równocześnie zmniejszają czynność wydzielniczą ciałka rzęskowego.

Wyrównanie to, w którem widzimy bezpośrednią zdolność oka do samoregułowania ilości cieczy we wnętrzu gałki, wymaga pewnego czasu. Rzeczywiście też n. p. po wkropleniu pilokarpiny z początku występuje podwyższenie napięcia ocznego, a dopiero później obniżenie.

Główną więc przyczyną jaskry pierwotnej musi być wzmożenie czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego, uboczną zaś i wtórną, niemożność samoregulacji odpływu cieczy śródgałkowej. Niemożność ta polega na tem, że nadmiar cieczy w gałce predysponowanej sam przez się, gdy dochodzi do znacznego stopnia, wywołuje w następstwie miejscowo rozszerzenie źrenicy i utrudnienie względnie uniemożliwienie dostępu do kanału Schlemma, n. p. w gałkach o płytkiej przedniej komorze, dużej soczewce, dużem ciałku rzęskowem, zmniejszonej sile nastawczej i t. p. Za tem, że rozszerzenie źrenicy podczas napadu jaskry jest objawem wtórnym, wypowiada się n. p. Fuchs [*]).

Obniżenie napięcia ocznego po podspojówkowych zastrzykach adrenaliny mimo najwyższego rozszerzenia źrenicy tłumaczyć można jedynie tem, że następuje nadzwyczajna anemizacja jagodówki, przez co zmniejsza się zawartość wnętrza gałki. Chodziłoby więc tylko, że tak powiemy, o czysto mechaniczne miejscowe działanie. Hamburger porównuje jagodówkę do ciała jamistego, i działanie adrenaliny tłumaczy jako wyciskanie krwi tego ciała. Może jednak pewną rolę odgrywa także i zmniejszenie czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego. Byłby to pośredni (a może i częściowo specyficzny) wpływ środka sympatykotonicznego na zmniejszenie czynności nerwów parasympatycznych. O ile wpływ ten nie jest wystarczający, względnie jeżeli nie wyrównuje miejscowego utrudnienia odpływu cieczy ocznej, wtedy skutku pożądanego nie widzimy. Tem się tłumaczy, że nie zawsze adrenalina prowadzi do obniżenia napięcia ocznego. Tak też pisze Rentz: podwyższenie napięcia zostaje przez zastrzyki adrenaliny tem więcej wyrównane, im mniejsze jest rozszerzenie źrenicy.

Zmniejszenie wydzielin ciałka rzęskowego musiałoby wystąpić również i przy stosowaniu atropiny, (która paraliżnje nerwy parasympatyczne) i spowodować obniżenie napięcia ocznego. Przeszkadza temu miejscowo tylko moment, że działanie atropiny w tym kierunku zostaje zniweczone przez utrudnienie lub uniemożliwienie odpływu cieczy gałkowej. O ile taki odpływ został umożliwiony, n. p. po iridektomji lub innym zabiegu przeciwjaskrowym, stosuje się atropinę bez wywołania ponownego napadu jaskry.

Również prace Thiela, Poseya i Baenzigera przemawiają za tem, że nadmierna czynność wydzielnicza ciałka rzęskowego odgrywa główną rolę przy powstaniu jaskry.

Jaki więc charakter nosi podnieta, która prowadzi do tej nadmiernej czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego? Wspomnieliśmy już o doświadczeniach Seidla, który dowiódł, że wzmożenie takie wywołuje pilokarpina, środek działający drażniąco na nerwy parasympatyczne organów gruczołowych. Do takiegoż wniosku dochodzi Kadlicky i inni. Wspomnieliśmy również o doświadczeniach Magitot i Baillart, w których nastąpiło podwyższenie napięcia gałki przy przewadze nerwów parasympatycznych. Tak samo obniżenie napięcia ocznego po usunięciu zwoju rzęskowego wskazuje na udział nerwów parasympatycznych w powstaniu podwyższonego napięcia. Obniżenie zaś — zresztą przemijające — napięcia ocznego po usunięciu szyjnego zwoju sympatycznego tłumaczyć się daje tem, że według najnowszych badań należy przyjąć wbrew dawniejszym poglądom, że istnieją w rdzeniu piersiowo-lędźwiowym także i komórki parasympatyczne.

Fakt, iż pilokarpina leczy jaskrę, a atropina niekiedy jaskrę wywołuje, znajduje wytłumaczenie w miejscowem ułatwieniu lub utrudnieniu odpływu cieczy gałkowej, a nie w specyficznem działaniu tych leków na nerwy roślinne ciałka rzęskowego jako organu wydzielającego ciecz śródgałkową.

To też obecny stan naszych wiadomości przemawia raczej za tem, że nie w podrażnieniu nerwów sympatycznych należy dopatrywać się pierwotnej przyczyny jaskry, a raczej w podrażnieniu nerwów parasympatycznych. Podrażnienie to mogą wywołać bodźce miejscowe (wiele przypadków jaskry wtórnej przy stanach zapalnych oka, przy zwichnięciu soczewki i t. p., a więc natury toksycznej lub mechanicznej) albo też i centralne. W tem miejscu należy pamiętać, że tak sympatyczne jak i parasympatyczne nerwy mają wspólny jeden ośrodek. Powstanie więc napadu jaskry po wzruszeniu lub uniesieniu nie można ze względu na rozszerzenie źrenicy

[1]) Mimo prac Hamburgera i Weissa teorja Lebera o — powolnym zresztą — prądzie cieczy wewnątrzgałkowej z tylnej komórki poprzez źrenicę i przednią komórkę do kanału Schlemma jest ogólnie przyjętą i w obronie jej prócz Seidla występuje n. p. Duverger i inni.

[*]) Przypadki jaskry, polegające na zamknięciu odpływu nie z wyłuszczonych powodów czynnościowych wtórnych, tylko skutkiem zmian anatomiczno-patologicznych, należałoby zaliczyć do kategorji jaskry wtórnej. Należą więc tu przypadki jaskry z powodu tkanki włóknistej nad więzadłem grzebieniastem, z powodu (nie zawsze spotykanego) zatkania dostępu do kanału Schlemma przez ciałka barwikowe, z powodu zmian po stanach zapalnych i t. d.

przypisać jedynie podrażnieniu nerwów sympatycznych, lecz należy przyjąć, że podrażnienie ośrodka nerwów roślinnych powoduje wzmożenie czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego a równoczesne rozszerzenie źrenicy uniemożliwia czynność samoregulacyjną gałki ocznej.

Również i napady jaskry przy pasówce nerwu trójdzielnego względnie przy nerwobólu tegoż nerwu (Lodge, Buettner i inni) można tłumaczyć podrażnieniem czynności wydzielniczej ciałka rzęskowego, gdyż ten nerw zawiera włókna parasympatyczne. Przy pasówce mogą prócz tego odegrać rolę i sprawy miejscowe natury toksycznej.

Leczenie wewnętrzne jaskry z uwzględnieniem ośrodka nerwów roślinnych stosuje się dopiero ostatnio. Prace z tego zakresu ogłosił Weeckers, Hannemann zapowiedział ogłoszenie wyników stosowanego przezeń leczenia. (Jakiego rodzaju jest to leczenie, tego nie podaje). Weeckers zresztą nie powodował się specyficznem działaniem chlorku wapnia na nerwy roślinne, a opierał się jedynie na doświadczeniu klinicznem, że chlorek wapnia zmniejsza przesączanie się płynów w organizmie. Wychodząc z tego samego założenia stosowano na oddziale Sachsa dożylne wlewania rozczynu Ringera przy odchyleniu się siatkówki.

Wyniki osiągnięte przez Weeckersa (przy stosowaniu chlorku wapnia) nie są całkowicie zadowalające. Jest to po, powyższych wywodach dość zrozumiałe. Stosowanie wapnia może jedynie drogą pośrednią (Dresel) zdążać do wyrównania stanu napięcia nerwów sympatycznych z napięciem nerwów parasympatycznych i w ten sposób skrępować nadmierną wydzielczość ciałka rzęskowego. Tem też można tłumaczyć dobre po części wyniki Weeckersa. Atropina zaś środek stosowany racjonalnie przy hyperfunkcji nerwów parasympatycznych, znajduje przy jaskrze swoje przeciwwskazanie z tego powodu, że posiada ona właściwość utrudnienia odpływu cieczy śródgałkowej. Nie mamy bowiem pewności, czy nie nastąpiłoby zupełne uniemożliwienie odpływu. Z tych też względów można zrozumieć, dlaczego stosowane przy jaskrze środki lecznicze o charakterze ogólnym nie mogą wyprzeć miejscowego leczenia symptomatycznego. Jak długo nie mamy możności wywołać zmniejszenia nadmiernego wytwarzania się cieczy śródgałkowej (prócz ostatnich prób zastrzyków adrenaliny, tak gorliwie obecnie czynionych), tak długo musimy się starać o umożliwienie lepszego odpływu tej cieczy. Niektórzy autorowie przypuszczają zresztą, że operacje przeciwjaskrowe wywołują w ciałku rzęskowem zmiany anatomiczne, w następstwie których dochodzi do zmniejszenia się jego zdolności wydzielniczej. Ujemne wyniki przy leczeniu miejscowem tłumaczą się tem, że po pierwsze nie zawsze stwarza ono pożądane umożliwienie odpływu cieczy gałkowej, a po drugie nie jest zwrócone przeciw — nerwowej — przyczynie jaskry.

Piśmiennictwo.

1) Seidel. Graefes Archiv, tom 101—113. — 2) Fromaget. Ref. w Zentralbl. f. d. ges. Ophth. VII., 181. — 3) Hamburger. Klin. Monatsbl. f, Aughkd. 66., str. 403. — 4) Idem. Tonometrische Beitraege i t. d. Klin. Monatsbl. 67., str. 634. — 5) Idem. Klin. Monatsbl. 69., str. str. 393. — 6) Idem. Klin. Monatsbl. 72., str. 47. i 741. — 7) Birch Hirschfeld. Zeitschr. f. Aughkd. 47., str. 190. — 8) Paltracca. Ref. w Zentralbl. VII., 395. — 9) Roemer. Lehrbuch der Aughkd. wyd. II., tom II., str. 525 i 550. — 10) Noiszewski. Polska Gazeta lekarska, 1922., str. 335, 362, 382, 404. — 11) Goldenburg. Ref. w Zentralbl. IV., 150. — 12) Neuhaeuser. Archiv. f. Aughkd. 92., str. 235. — 13) Kuemmel. Ref. w Zentralbl. I., 35. — 14) Kadlicky. Ref. w Zentralbl. IX., 287. — 15) Loehlein. Zentralbl. I., 417. — 16) Smith. Ref. w Zentralbl. IV. 149. — 17) Rentz. Klin. Monatsbl. 73., 370. — 18) Hannemann. Klin. Wochenschr. 1924., 2335. — 19) Dresel. Ergebnisse der. ges. Medizin. Tom. II., str. 206. — 20) Idem. Zentralbl. XIV., I. — 21) Langley. Das autonome Nervensystem. Część I., Berlin, Springer, 1922. — 22) Roemer. w Graefe Saemisch, Operationslehre, wyd. II., tom I., str. 960. — 23) Post. jr. Ref. w Zentralbl. VI., 254. — 24) Elschnig. Cocain Alkoholinjekt. am Ganglion sphenopalatinum. Klin. Monatsbl. 68., str. 295. — 25) Magitot i Baillart. Ref. w Zentralbl. VIII., 131. — 26) Vaidya. Ref. w Zentralbl. V., 562. — 27) Knapp. Ref. w Zentralbl. VII., 38. — 28) Duverger. Ref. w Zentralbl. V., 503. — 29) Fuchs. Lehrbuch, der Augenheilkunde, wyd. 13., str. 720. — 30) Thiel. Klin. Monatsbl. 70., 766. — 31) Posey. Ref. w Zentralbl. V., 209. — 32) Baenziger. Die Mechanik des akuten Glankoms. Bericht ueber d. 43. Vers. d. deutsch. ophth. Ges. str. 43. — 33) Lodge. Ref. w Zentralbl. XI. 275. — 34) Buettner. Archiv. f. Aughkd. 88., 204. — 35) Weeckers. Ref. w Zentralbl. III., 583 i IV., 151.

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz Lekarski Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego na rok 1925.

Dział informacyjny zawiera, obok skrótu ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i ustawy o Izbach lekarskich, personalja tyczące się wszystkich państwowych organizacyj lekarskich, farmaceutycznych i weterynaryjnych, cywilnych i wojskowych, naukowych i administracyjnych, personalja organizacyj Izb lekarskich, Związków i Towarzystw lekarskich. Szpitalnictwo w całem państwie, Kasy chorych. Spis lekarzy m. Warszawy. Prasa lekarska polska (dwadzieścia jeden tytułów).

W tym dziale można wskazać na jedyną usterkę na str. 88 nie powiedziano tam mianowicie czego wydziałem jest ów szósty, umieszczony tuż pod Wydziałem lekarskim Uniw. w Wilnie.

Dział ogólno-naukowy zawiera szereg artykułów podręcznej potrzeby, więc n. p.: pierwsza pomoc, technika drobnych zabiegów, o leczeniu środkami fizykalnemi, nowe środki lekarskie, pierwsza pomoc psychicznie choremu, badania czynnościowe nerek, metody laboratoryjne wojskowe. Tablica chorób zakaźnych. Zmiany krwi w chorobach. Opieka publiczna nad dziećmi. O stosowaniu insuliny. O stosowaniu tuberkuliny. Odżywianie dzieci. I. w. innych.

W tym dziale należy wskazać na brak, jak nazywanie *novasurolu* jedynie *antilueticum,* a *benzyl-benzoat* — jedynie składową częścią ... *peruscabiny,* jakkolwiek i *novasurol* i *benzyl-benzoat* na miejscu właściwem znajdujemy w drugiej części Kalendarza, wydanej oddzielnie p. t. »*Vademecum terapeutyczne*«.

Vademecum — skorowidz alfabetyczny schorzeń i zalecanych przeciw nim środków i metod leczniczych, stanowi wykwintnie wydaną (druk, papier, oprawa) książeczkę podręczną.

Całość w niczem nie ustępuje europejskim wydawnictwom podobnym, a rozmiarami i rozmaitością materjału może je w niektórych działach przewyższa.

Do Kalendarza dodany jest notatnik na cały kwartał.

S. Sg.

Przegląd piśmiennictwa.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom. L.

Le Blanc. **Wymiana oddechowa gazów i ukrwienie płuc w stanach normalnych i chorobowych.** Praca przeważnie doświadczalna, nienadająca się do streszczenia (a godna poznania bezpośredniego). Jeden z wniosków, ostatni, tej pracy brzmi: przy zmianach chorobowych w tkance płucnej powstające zaburzenia w wymianie oddechowej gazów tylko wyjątkowo stają się przyczyną zgonu.

Schjerning. **Zagadnienie sinicy i pojęcie pneumonozy.** Pojęcie *pneumonosis,* wprowadzone do patologji przez Brauera, ma oznaczać zaburzenia w oddychaniu zależne wyłącznie od zwyrodnienia nabłonków pęcherzyków płucnych. Badanie doświadczalne autora rzuca światło na pewne stany chorobowe poprzedzające wystąpienie wyraźnych objawów. klinicznych, n. p. objawów obrzęku płuc. Podobny stan, izolowane zwyrodnienie nabłonków pęcherzyków, istnieje pewnie przy zastojach z powodu wad serca (głównie zastawki dwudzielnej); chorzy łatwo sinieją, jakkolwiek brak jeszcze zupełny objawów przesięku do pęcherzyków płucnych; widocznie, istnieje jednak już zakłócenie w czynności oddechowej pęcherzyków. Być może, że podobnie się dzieje i przy rozedmie; rozciąganie tkanki pociąga za sobą jej zanik (Tendeloo). W przebiegu duszności oskrzelowej duszność trwająca między napadami zależy może od pneumonozy.

Hamburger. **O zarażaniu się gruźlicą.** Nie makro-

skopowe (widoczne) cząsteczki plwocin są przyczyną główną szerzenia się łaseczników Kocha, tylko cząsteczki mikroskopowe — rozpryskiwane przy kaszlu pyłki plwocin.

Blumenfeld. **Stosunek budowy kośćca twarzy do kośćca klatki piersiowej u gruźlików.** Wysokie podniebienie obok typu astenicznego jest współrzędnym wyrazem hipoplazji rozwoju kostnego, w zależności, prawdopodobnie, od gruczołów wkrewnych.

Jako typ człowieka o wąskiej piersi i podniebieniu wysokiem (*leptoprosopia*) przytacza (z portretem) autor: Laënneca.

Müller i Brösamler. **Eozynofilja, jako wskaźnik zdolności odczynowej ustroju.** Ponowne twierdzenie, że wzmożenie się krzywej eozynofilowej po zastosowaniu tuberkuliny jest objawem rokowniczym pomyślnym. W tym samym sensie oceniać należy kierunek tej krzywej po ocenie wyników leczniczych innych kategoryj.

Jülich. **Przyczynek do wartości rozpoznawczej leukopenji przy chorobach gorączkowych.** W przebiegu chorób gorączkowych u osób wieku średniego, jeśli mamy leukopenję (a choćby nawet normalną ilość krwinek białych), należy przy rozpoznawaniu różniczkowem pamiętać o gruźlicy.

Neuer. **Spostrzeżenia kliniczne chorych na gruźlicę z odmą sztuczną.** Ogniska gruźlicze poza płucem uciśniętem nie przeszkadzają wynikom dodatnim tej metody; ulegają one nawet poprawie, nie wykluczając ognisk w płucu symetrycznem i w kiszkach. W pewnej liczbie przypadków po upływie dwu do trzech miesięcy poprawy (której ulegają prawie wszyscy leczeni) mamy nawrót gruźlicy, głównie w opłucnej — ze strony uciśniętej. Jest to jedyny narząd, w którym metoda omawiana wywołuje częstszą gruźlicę, aniżeli w przypadkach bez odmy. Przebieg tego nowego umiejscowienia gruźlicy zależy od tendencyj właściwych danemu przypadkowi. Ta zaś tendencja zależy, jak i wynik leczenia wogóle, od czynników konstytucjonalnych.

Wellgren. **Lymphomata tuberculosa i gruźlica płuc.** U ludzi z gruźliczemi gruczolakami limfatycznemi przebiega gruźlica płuc łagodnie.

Tom LI.

Gottschalk. **Systematyczne określanie siły odczynu urochromogenowego przy określaniu postaci i rokowania suchot płucnych.** Należy stosować metodę Müllera:

5 cm³ świeżo oddanego rannego, przesączonego, moczu rozcieńczyć (dwu do pięciokrotnie) wodą — prawie aż do odbarwienia; podzielić na dwie równe części, z których jedna służy do porównywania. Do drugiej dodać jedną kroplę 1% roztworu nadmanganianu potasu i mocno skłócić.

Jeżeli wystąpi wyraźne zabarwienie żółte, odczyn nazywamy mocnym (+++). Jeśli do zżółcenia potrzeba było dwu kropli odczynnika — odczyn nazywamy wyraźnie dodatnim (++), słabo zaś dodatnim (+), jeśli trzeba było trzech kropel. Jeśli po trzech kroplach niema zmiany zabarwienia, mówimy o odczynie ujemnym (—).

Systematyczne badanie daje pojęcie o kierunku rozwoju choroby; jest to odczyn czulszy wogóle, aniżeli odczyn dwu-azowy, występuje w przebiegu gruźlicy płuc ciężkiej wcześniej i więcej stale, aniżeli odczyn dwu-azowy.

Grass. **O odczynie moczowym Wildbolza.** W. polecił metodę szczepienia choremu jego własnego moczu, zagęszczonego, w celu stwierdzenia obecności stanu czynnego (lub nieobecności) gruźlicy. Pewna ilość badaczy zgadza się z W. Autor odmawia tej metodzie wszelkiej wartości swoistej. Uważa, że zmiany wywoływane przez szczepienie zależą wogóle od soli zawartych w moczu.

Gerhartz. **Podział kliniczny postaci gruźlicy płuc.** Ten wybitny znawca roentgenologji gruźlicy odróżnia w swej klasyfikacji następujące postaci, przyczem uwzględnia rodzaj plam (Flecken, *macula*) na roentgenogramie:

A. Gruźlica płuc typowa.

1. *Tubercula solitaria.*
2. *Tuberculosis disseminata parve-maculata:*
   a) tuberculosis miliaris ac.
   b) tuberculosis dissem. parve-mac. chronica
      α) non ulcerosa;
      β) ulcerosa.
   c) tuberculosis peribronchitica:
      α) acute disseminata;
      β) chronice fibrosa;
      γ) disseminata.
3. *Tuberculosis magne-maculata et varie-maculata:*
   a) fibrosa,
   b) ulcerosa.
4. *Tuberculosis hemogene-focata:*
   a) tuberculosis apicalis initialis,
   b) tuberc. fibrosa homogene-focata,
   c) pneumonia caseosa.
5. *Tuberculosis ab hylo.*
6. *Tuberc. fibrosa, cirrhotica diffusa.*

B. Tuberculosis pulmonum atypica.

1. *Tuberculosis secundaria post morbos pulmonum. t. diabeticorum, — posttraumatica; tuberculosis infant; et senect.*
2. *Tuberc. pulmonum toxica:*
   a) Typho-tuberculosis,
   b) Septicaemia tuberc.

Brauer. **Cel i odmiany torakoplastyki pozaopłucnowej.** Postępy metodyki stosowanej przez autora. Rzecz przeznaczona dla chirurgów, specjalistów w tej dziedzinie. Kończy się takiem zdaniem: »Tym sposobem torakoplastyka jest zadaniem rzeźbiarskiem wykonywanem na ciele żywego człowieka«.

Stöcklin. **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc torakoplastyką pozaopłucnową.** Prace z Davos; jest to sprawozdanie z 142 zabiegów wykonanych na 100 chorych.

Obydwie prace ostatnio wymienione są bardzo bogato ilustrowane. Ostatnia naprowadza, mimowoli, na porównanie: środków lecznictwa czynnego, stosowanego (i warunków, w jakich się to dzieje) w Davos i w ... Zakopanem, naszem jedynem uzdrowisku wysokogórskiem dla gruźliczych.

S. Sg.

Medizinische Klinik.

Nr. 48. 1924.

Ortner. **Rozpoznanie zapalenia opłucnej.** Przy stwierdzeniu stłumienia podstawowego nad przeponą, z osłabionym wydechem i drżeniem, a więc przy obecności płynu nie musi być rozpoznane zapalenie opłucnej, ale wysoko ustawiona przepona. Taka wysoko ustawiona przepona występuje najczęściej obustronnie na tle wrodzonem, lub z powodu zmniejszenia przestrzeni w jamie brzusznej (powiększenie wątroby), gdzie dolne granice płuc są przesuwalne.

Wysokie ustawienie przepony może występować jednostronnie, najczęściej po stronie lewej. Dokładny obraz daje badanie roentgenologiczne. Także przy porażeniu nerwu przeponowego stwierdza się wyżej ustawioną przeponę.

Autor stwierdził w dwóch przypadkach wysiękowe zapalenie opłucnej, w których równocześnie stwierdził marskość wątroby, i przerzuty rakowe, a sekcja wykazała tylko wysoko ustawioną przeponę.

Friedrich. **Terapja proteinowa wrzodów odbytnicy.** Autor stosuje z dobrym wynikiem przy wrzodach odbytnicy *»Novoprotin«* w formie zastrzyków dożylnych. Zaczyna od 0,2 cm³ tego preparatu i dochodzi przy 10-tem wstrzyknięciu do 1,2 cm³ to znaczy każdorazowo podwyższa dawkę o 0,2 cm³. Między jednem a drugiem wstrzyknięciem 3–4 dniowa pauza. Leczenie to stosuje autor nawet ambulatoryjnie. Jeżeli chory po wstrzyknięciu silnie reaguje, nie powiększa się dawki. Po wstrzyknięciu *»novoprotiny«* oddziaływują chorzy bólem w odbytnicy, silnem parciem i nieznacznem krwawieniem, które to objawy po krótkim czasie zupełnie ustępują.

Schmidt. **Terapja proteinowa przy schorzeniach przewodu pokarmowego i przemiany materji.** Działanie terapji proteinowej jest trojakie:

1. działanie ogólne, które pobudza cały ustrój, celem

uzdrowienia jednego chorego ogniska, n. p. przy *ulcus ventriculi;*

2. oddziaływanie ogniskowe, wedle autora nazwane gorączką »*en miniature*«, i miejscowo ograniczone, i

3. dwufazowa reakcja ogniskowa.

To działanie polega na tem, że przewlekłe zapalenia, które po wstrzyknięciu ciał białkowych wzmagają się, później zupełnie ustępują, a proteinoterapja zmniejsza stan zapalny.

Po fazie ogólnego osłabienia, następuje faza polepszenia. Ambulatoryjnie nie można przeprowadzić proteinoterapji z powodu reakcji (dreszcze, gorączka), jakie u chorych występują. Proteinoterapję stosuje się przy *hepatitis, pancreatitis, appendicitis.*

Przy schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu n. p. przy otyłości korzystnie działa proteinoterapja.

Autor stosuje mleko »*Hypertherman*« w formie wstrzykiwań wśródmięśniowych w 2—3 dniowych odstępach czasu, od 3—5-ciu cm³. Singer poleca 0,5—5 cm³ »*Caseosanu*« przy cukrzycy, zwłaszcza u osób starszych.

Jednakowoż na *acidozę* nie działa.

Najlepsze wyniki widział autor przy »*artropatjach*«, zwapnieniu naczyń i *cholesterynaemji.*

Nr. 49.

P a l. Nieżyty szczytów płucnych na tle niegruźliczem. Autor podaje, że często spotykane nieżyty szczytów płucnych, niezawsze są na tle gruźliczem, a powody tych nieżytów leżą bardzo często w schorzeniach jam nosowych. Dokładne więc badanie jam nosowych jest bardzo ważne n. p. przy wskazaniach do przerwania ciąży.

A d l e r. Etjologja endocarditis lenta. Autor opisuje przypadek *endocarditis lenta* u chorego, u którego za życia raz wykazano paciorkowca zieleniejącego Schottmüllera. Również djagnostycznie ważny jest wynik odczynu Wassermanna w surowicy krwi. W przypadku, przez autora opisanym, chory zaprzeczał zakażenie kiłowe, mimo to odczyn Wassermanna wypadł dodatnio. Jednakowoż leczenie specyficzne, przeciwkiłowe okazało się bezskutecznem.

Często kombinuje się *endocarditis lenta* z kiłowem zapaleniem tętnicy głównej.

Zarazki wywołujące *endocarditis lenta* należą do grupy t. zw.: »*Coryne-Bakterien*« prócz tego *streptococcus viridans* Schottmüllera.

C u r s c h m a n n. Rozpoznanie skazy krwotocznej. Autor przedstawia chorą, u której stwierdza szereg wybroczyn na skórze, powiększoną śledzionę, objawy Rumpel-Leede i Kocha wybitnie dodatnie.

We krwi 39.000 płytek, anizo- i poikilocytoza lekkiego stopnia. Czas krwawienia przedłużony, krzepliwość *in vitro* normalna. Autor zalicza tę sprawę chorobową do *m. maculosus Wershofii,* ponieważ w tym przypadku nie jest dziedziczną i bez zewnętrznego powodu, przebiega chronicznie, i wykazuje zaostrzenia.

Djadnostycznie ważna jest *trombopenia,* objaw Rumpel-Leede i Kocha. Czas krwawienia jest przedłużony z powodu zmiejszonej ilości płytek. Zaostrzenia, powodujące krwotoki, wywołują następową niedokrewność, czasem gorączkę, podobnie jak przy *sepsis.*

Objawy wyżej podane, mogą przypominać *purpura fulminans,* białaczkę, lub fazę krwotoczną niedokrewności Biermera, albo krwotoczną *sepsis.*

Leczenie polega na tamponadzie nosa, macicy (przy krwawieniach), naświetlaniach śledziony promieniami Röntgena, ewentualnie na wycięciu śledziony. Na niedokrewność stosuje autor preparaty wapniowe i arsen. Z dobrym wynikiem stosuje autor duże transfuzje krwi, dożylnie »*aphenil*« i żelatynę. *Dr. S. Arnoldówna* (Lwów).

R e i c h e. Przebieg błonicy w czasie wolnym od epidemji. Na podstawie statystyki przeprowadzonej w Hamburgu podczas ostatnich kilkunastu lat, można wykazać, że epidemje błonicy nie są połączone z tak wielką śmiertelnością, jak poprzednio, co jednak nie pozostaje zdaniem autora w związku ze stosowaniem surowicy Behringa.

Zajęcie błonicze krtani spotykano dość często, nie było jednakowoż zbyt złośliwe. Skutecznego działania surowicy autor nie zauważył, radzi w każdym razie używać tylko bardzo dużych ilości surowicy i możliwie jak najprędzej.

Nr. 50.

K r a u s. W sprawie czynnego uodpornienia ochronnego przeciw błonicy. Autor przytacza przypadki zejścia śmiertelnego, wywołane przez zastrzykiwania mieszanki toksyny + antitoksyny Behringa. Należy to odnieść do zmian wywołanych przez czynniki termiczne i chemiczne wzmagające działanie toksyczne szczepionki. Może zastosowanie formaliny, podobnie, jak przy toksynie tężcowej, sprawi odtrucie preparatu i w przyszłości te t. zw. toksoidy dadzą się zastosować w wielkiej ilości nie wywołując zgubnych skutków.

Dr. Czobanówna (Lwów).

M e y e r. Infuzje »Calorozy«. W najnowszych czasach stosowano przy schorzeniach serca, do infuzji podskórnych i dożylnych cukier gronowy, w rozczynie 5%-owym przy podskórnych, 10%-owym przy dożylnych infuzjach. Także w chirurgji zaczęto stosować cukier gronowy po zabiegach operacyjnych, przy osłabieniach serca. Jako preparat tańszy i równie dobry zaprowadził Kausch w miejsce cukru gronowego »*Calorozę*«, która zawiera 73—76% cukru invert., a mianowicie dekstrozę i laevulozę w równych częściach, 4—6% cukru trzcinowego i wodę.

W handlu okazała się »*Caloroza*« w ampułkach, zawierających 20 cm³ 20% lub 40%-owego wyjałowionego preparatu do wstrzykiwań dożylnych.

Autor wykazał, że »*Caloroza*« zostaje zupełnie zresorbowana (do 90 97%), tak, że w moczu stwierdził tylko kilka dziesiętnych grama; tyleż stwierdzono po infuzjach cukru gronowego.

W medycynie wewnętrznej stosuje się »*Calorozę*« przy schorzeniach naczyń i serca z dobrym wynikiem.

Także w chorobach dziecięcych i u osesków stosuje się »*Calorozę*« 7—10%-ową, jako lawatywy lub infuzje w miejsce soli kuchennej.

W chirurgji stosuje się ją po operacjach żołądka i jelit; łatwiej usuwa się pragnienie u chorych, aniżeli solą kuchenną.

M u n c k e. Patogeneza i terapja samoistnej odmy piersiowej niegruźliczej. Samoistna odma piersiowa występuje bardzo rzadko. Roentgenologicznie i autopsją stwierdzono, że zwyczajne zrosty po przebytem zapaleniu opłucnej bez objawów, mogą spowodować odmę. Prawdopodobnie zrosty te wytwarzają pęcherzyki rozedmowe, które przy większym wysiłku pękają, i w ten sposób tworzą odmę. Także sam wdech i wydech może spowodować pęknięcie pęcherzyków płucnych. Jeżeli zaś chodzi o rozpoznanie gruźliczej odmy piersiowej, uważa autor brak wysięku za sprawę niegruźliczą.

Terapja polega na wyczekiwaniu samoistnej resorbcji i usunięciu powietrza zapomocą aparatu Potaine'a.

A s s m a n n. Patogeneza i klinika raka oskrzelowego. Autor podaje kilka przypadków pierwotnego raka oskrzeli u górników, i odnosi to do zawartości kobaltu, arsenu, radu w kopalniach, które działają drażniąco. Roentgenologicznie zauważył przed wystąpieniem raka ciemne plamki w płucach które odnosi do pneumokoniozy, a nie gruźlicy. Gruźlica występuje u górników dość rzadko, gdyż anthrakoza i pneumokonioza uodparnia niejako płuca przeciw gruźlicy, natomiast wdychiwanie pyłu żelaznego, wapiennego powoduje wtórną gruźlicę.

Rak oskrzeli występuje częściej u mężczyzn, niż u kobiet, między 45—60 rokiem życia. Częściej zostaje zajęte płuco prawe z powodu stromego przebiegu prawego oskrzela. Co do objawów podmiotowych, to chorzy odczuwają bóle; spowodowane uciskiem na pnie nerwowe, lub podrażnieniem opłucnej.

W późniejszym okresie choroby wytwarza się charłactwo, rzadko niedokrewność, natomiast prawie zawsze sinica twarzy. Ciepłota ciała bywa prawidłowa. Oddech jest utru-

dniony z powodu *lymphangitis carcinomatosa*. Plwocina jest szklista, ciągnąca, zmięszana z krwią.

Rentgenologicznie stwierdza się zaciemnienie płuc, nieprzesuwalność i wysokie ustawienie przepony Wypuk i wysłuch w okresie początkowym daje wynik ujemny.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 43. 1924.

Herxheimer. **Doświadczenia nad analogją zatrucia guanidyną do tężyczki po wycięciu ciałek przytarczycznych.** Szereg doświadczeń opisanych szczegółowo w Virch. Arch. wykazał nadwrażliwość zwierząt pozbawionych ciałek przytarczycznych na zatrucie guanidyną w stosunku do normalnych zwierząt Jest sprawą wcale prawdopodobną, że ciałka owe wydzieliną swoją zobojętniają częściowo działanie guanidyny na organizm w warunkach fizjologicznych, że tem samem odgrywają ważną rolę w występowaniu tężyczki guanidynowej oraz rzeczywistej.

Peller. **Skłonność do duru brzusznego a płeć.** Na mocy statystycznych danych zebranych w szkołach wiedeńskich stwierdza autor większą (2 i pół razy) skłonność dziewcząt do duru brzusznego, i wogóle dopatruje się wybitnych różnic w ilości zachorzeń na poszczególne choroby zakaźne u dziewcząt a chłopców. Istnieje więc wedle autora dyspozycja płciowa do chorób zakaźnych.

Rindfleisch. **Spostrzeżenia nad dusznicą sercową.** Zwalczające się poglądy dotyczące powstania dusznicy sercowej wskutek zwapnienia naczyń wieńcowych czy też aortalgji stara się autor ująć w jedną całość i pogodzić, twierdząc, że napady małe są pochodzenia aortalnego zaś silne, długotrwałe pochodzenia wieńcowego. Rozpoznanie tła oraz lokalizacji bólów ważne jest ze względów na obecne leczenie chirurgiczne polegające na sympatykotomji.

Moor. **Nadmanganian sodu przeciw zatruciu morfiną.** Autor sprzeciwia się Poulsson'owi, jakoby $KMnO_4$ zastrzyknięty podskórnie lub dożylnie w przypadkach zatrucia morfiną był bezskuteczny i powołuje się na doświadczenia swe ogłoszone już w roku 1903 (Therap. Monatshefte, listopad). Białko łączy się z tlenem i tworzy kwas oxyprotsulfonowy, który ze swej strony utlenia morfinę na oxydimorfinę i unieszkodliwia ją.

J. Smoliński (Lwów).

Zeitschrift für die gesammte Neurologie u. Psychiatrie

Bd. 89. Nr. 1-3.

Matzdorff. **Przyczynki do nauki o t. zw. samoistnych krwawieniach oponowych.** Krew w cieczy mózgowo-rdzeniowej może zjawiać się w następujących przypadkach:

1. sztucznie,
2. pod wpływem zmian chorobowych:
   a) w przypadkach zapalenia opon i
   b) bez zapalenia:
      α) pod wpływem urazu (bezpośrednio lub po upływie pewnego czasu — t. zn. późna apopleksja);
      β) z powodu schorzenia naczyń opon *(per rhexin et per diapedesim)*;
      γ) w przypadkach guzów opon;
      δ) w niektórych ogólnych cierpieniach *(diathesis haemorrhagica, haemophilia, pachymeningitis haemorrhagica)*;
      ε) jako krwotok oponowy samoistny, na tle zmian naczynioruchowych w oponach.

Autor pod mianem krwotoku samoistnego oponowego pojmuje wszystkie wymienione pod literą *b)*, z wyjątkiem powstałych wskutek urazu. Autor przytacza 3 odnośne przypadki, z których 2 kliniczne, a jeden stwierdzony sekcyjnie. Ten ostatni dotyczy *leptomeningitis haemorrhagica*. Tu w okolicy lejka znaleziono septyczne zakrzepy naczyń, które można powiązać z przebytą różą. Ztąd widocznie poszło zakażenie, które wywołało krwotoczne zapalenie opon miękkich. Ponadto autor znalazł dziwnie zmienione naczynie, które uważa za zakrzep spowodowany zwiniętą błoną wewnętrzną. W końcu autor omawia etjologję, różniczkowanie i leczenie.

Z. Messing (Warszawa)

La pratica pediatrica.

1924. Str. 103.

Allaria G. B. **O zastosowaniu i nadużywaniu oleju kamforowego u dzieci.** Przestroga przed zastosowaniem zbyt dużych dawek kamfory, które obok objawów miejscowych (nacieki) mogą także wywołać objawy zatrucia ogólnego, czasem nawet i drgawki o charakterze padaczkowym. Przeciwwskazania u dzieci:

1. Arytmje z bodźcami nieprawidłowemi (ekstrasystole);
2. Zatrucie CO i gazem świetlnym;
3. Zapalenie płuc obustronne, ciężkie zakażenie krwi, drgawki, ciężka cukrzyca;
4. Lichy stan odżywienia.

Faktem prawie nieznanym jest niekorzystny wpływ kamfory na sprawność gruczołu sutkowego kobiet karmiących.

Rosenblatt wykazał w roku 1922, że u kobiet, u których karmienie jest przeciwwskazane (gruźlica, ciężkie wady sercowe) podawanie kamfory 0,12 0,18 trzy razy dziennie powoduje w przeciągu 3—5 dni zupełny zastój wydzielania mleka.

Ostrożnie wobec tego z wstrzykiwaniem kamfory u kobiet karmiących!

Dawki przy każdorazowej injekcji: w pierszym roku życia 0,005-0,01; w 2 3 roku 0,01 0,05; w 4—6 roku 0,05 0,15 (1 cm^3 10% oleju kamforowego zawiera 0,1 gr kamfory).

Praca ta zasługuje na szczególną uwagę ze względu na ogólnie panujące przekonanie o zupełnej nieszkodliwości kamfory. (Przyp. refer.).

Rinascenza medica.

Nr. 12. Str. 277. 1924.

Vitetti G. **Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez Streptotrix.** Dwa przypadki zapalenia opon mózgowych u oseska; w ropnym płynie mózgowo rdzeniowym *streptotrix*.

Początek nagły, gorączka, wymioty; przebieg ostry z typowemi objawami ze strony opon mózgowych.

W obu przypadkach, podobnie jak we wszystkich dotychczas opisanych, zejście śmiertelne.

Nr. 17. Str. 403. 1924.

Bova P. **Szczepienie zapobiegawcze przeciw płonicy.** Zastosowanie szczepionki zapobiegawczej przeciwpłoniczej *Caronii* z bardzo pomyślnym wynikiem u 112 dzieci podczas ciężkiej epidemji płonicy w Kalabrji. W wyjątkowych przypadkach, gdzie mimo szczepienia wystąpiła płonica, przebieg bardzo lekki.

La Pediatria.

Nr 16. Str. 966. 1924.

Luzatti T. **Skuteczny sposób leczenia oxiuriasis.** Bardzo dobre wyniki w *oxiuriasis* przy pomocy chloroformu, rozpuszczonego w olejku rycynusowym. Dawka *(per os)* 2 g chloroformu, olej rycynusowy odpowiednio do wieku; 3 razy w miesiącu w 1 szym, 15-tym i 30-tym dniu leczenia Dzieci znoszą chloroform bez objawów zatrucia.

Redlich (Rzym).

Odpowiedź p. dr. Zygmuntowi Janiszewskiemu
na sprostowanie w Nr. 4. 1925. Pol. Gaz. lek.

To, co, według Pana Dr. Z. Janiszewskiego, ma potwierdzać Jego zdanie, że byłem »mylnie poinformowany«, dowodzi najlepiej wręcz odwrotnego, boć oczywistą jest rzeczą, że stosunki, panujące w sanatorjum »Bratnia Pomoc« w Zakopanem, musiały, jak to podałem, być zatrważające, jeżeli:

1) zaszła potrzeba wkroczenia Rady Naczelnej do spraw pomocy młodzieży akademickiej i

2) jeżeli musiano wydać 25 000 zł. z funduszów tejże Rady na sanację tych stosunków.

Na zakończenie, unikając powtarzania się dla sprostowania twierdzenia P. Dr. Z. Janiszewskiego, że w Nr. 48.

Pol. Gaz. lek. miałem pisać o »Walce z gruźlicą w Polsce«, pozwolę Go odesłać do mej odpowiedzi w tejże sprawie Panu Dr. L. Węgrzynowskiemu (Pol. Gaz. lek. Nr. 4. str. 99).

Dr. Antoni Kuczewski.

Na odpowiedzi powyższej Redakcja zamyka dalszą polemikę, dotyczącą artykułu Dra A. Kuczewskiego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 3 grudnia 1925.

Przewodniczy kol. Majewski.

Obecnych 126 członków.

Wybrano »Komisję Matkę« celem rozpatrzenia kandydatów do nowego wydziału Krak. Tow. lek. w 1925. Przewodniczącym wybrano kol. Surzyckiego.

1. Kol. Kościuszko przedstawia preparat mikroskopowy **martwiczego włókniaka**, wychodzącego z ciężarnej macicy.

2. Kol. Markowa przedstawia: a) chorą St. K. 43 letnią. Chora **ze zmiękczeniem kości**; wieloródka w VII. m. ks. ciąży przybyła 4. X. 1924, do Państwowej szkoły położnych z powodu daleko posuniętego zmięknienia kości. Z wywiadów zasługuje na uwagę ta okoliczność, iż odżywianie się chorej stało przez szereg lat na granicy chronicznego głodowania. W chwili przyjęcia na oddział było charłactwo daleko posunięte, pozatem niedomoga mięśnia sercowego i rozlane zapalenie oskrzeli. Roentgen: postać łamliwego zmięknienia kości (*halisteresis*), zanik kości, osteoidy. Badanie krwi, wykonane dwukrotnie, nie dało obrazów zgodnych. Hg. (Sahli) 55. Badanie krwi w kierunku *acidosis* utrudnione brakiem aparatu elektrometrycznego. Wobec schorzenia tak bardzo posuniętego zastosowano zrazu leczenie zachowawcze: środki nasercowe, adrenalina (*solutio* 1%) 0.4 pro die, modo Latzko, fosfor, forsowne odżywianie, surowe jaja, jarzyny, kąpiele, naświetlanie lampą kwarcową. W ciągu kilku tygodni stan ogólny chorej poprawił się znacznie. Bilansu P. Ca nie przeprowadzano, albowiem wyniki badań i eksperymentów w tym względzie są najzupełniej sprzeczne, szczególniej u ciężarnych. W moczu ani białka, ani ciała Bence Jonesa nie było. Od czasu do czasu pojawiały się charakterystyczne obfite poty. Nagle w listopadzie nastąpiło gwałtowne załamanie się przebiegu choroby na niekorzyść, połączone z nawrotem zapalenia oskrzeli, ciepłotą około 40°, co przy wysokiem ustawieniu przepony i poprzedniem już upośledzeniu oddychania przedstawiało stan groźny. Wobec tego w obawie przed drugim podobnym nawrotem skorzystała mówczyni z pierwszych bezgorączkowych dni i 8 listopada wykonała u chorej w znieczuleniu lędźwiowem wydobycie płodu i usunięcie macicy sposobem Porro. Płód ważył 1800 gr., miał 42 cm długości, rozwija się bardzo dobrze. Chora zniosła zabieg niemal bez reakcji i dziś chodzi o własnych siłach. Jajniki badane histologicznie wykazują bardzo duże ciałko żółte, ubóstwo pęcherzyków, komórki tekaluteinowe normalne. — Porównując obie metody leczenia, stosowane w tym przypadku, stwierdzić należy wyższość metody operacyjnej, której istotną częścią, poza rozwiązaniem chorej, była kastracja, która też dała wynik rychły i trwały;

b) pokazuje **macice włókniakowe**, usunięte operacyjnie bądź per laparotomiam, bądź per vaginam. Z tych pierwszych preparat o tyle ciekawy, że był długo i bezskutecznie leczony promieniami Roentgena. Wytłumaczenie: w macicy znaleziono mięśniaka podśluzowego wielkości główki noworodka. Druga macica, uzyskana per vaginam, była przedmiotem trzech skrobanek, wykonywanych w różnych zakładach z powodu przewlekłych krwotoków, trwających od dwóch lat. Skrobanki dawały zawsze wynik ujemny. W macicy znaleziono podśluzowy stłuszczony włókniak wielkości małej cytryny.

Ten fakt rzuca pewne światło na wartość rozpoznawczą skrobanek.

3. Kol. Rosenhauch przedstawia: **wrodzony lipodermoid** w kąciku zewnętrznym oka prawego u 11-o letniego chłopca.

4. Kol. Gieszczykiewicz i kol. Kostrzewski wygłaszają odczyt p. t. »**Surowica przeciwczerwonkowa w pracowni i klinice**« (Rzecz przeznaczona w całości do druku).

W dyskusji przemawiali kol. Blassberg, Eisenberg i Kostrzewski.

Posiedzenie naukowe w dniu 10 grudnia 1921.

Przewodniczy Kol. Majewski.

Obecnych 68 członków.

Przyjęto na członka kol. Kamila Krafta.

1. Kol. Przeworski z klin. laryng. przedstawia przypadek (**melanoblastom**) **oka lewego przewodu nosowo-łzowego i nosa po stronie lewej**.

U 50 letniego chorego znajdują się liczne nacieki mniejsze większe na spojówkach oka lewego, bądźto szeroko usadowione, bądź uszypułowane, niektóre względem podstawy nieprzesuwalne o zabarwieniu sino-czarnem. W okolicy woreczka prawego przetoka, w nosie popod muszlą dolną lewą naciek sino-czarny: niema go w dnie i muszli. V o. l. 5/15 z powodu *keratitis sup.* bez zmian na dnie oka. Zresztą przerzutów niema melaniny w moczu nie wykazano. Badaniem mikroskopowem stwierdza się w wycinkach z oka obraz zwykłego melanoblastoma bez cech złośliwości, w wycinkach zaś z nosa obraz melanoblastoma złośliwego. Chory zauważył sine guzki na spojówkach już przed 3-ma laty, a w r. 1622 wyjęto je na klinice okulistycznej przyczem badanie histologiczne stwierdziło utkanie nowotworu złośliwego o typie »*perithelioma*« bez zmian barwikowych. Po miesiącu już wystąpiły drobne sine nacieki, które jednak nie powiększały się. Dopiero we wrześniu 1924 rozrastają się, a w październiku chory uczuł zatkanie nosa po stronie lewej. Przypadek ten jest bardzo rzadki ze względu na swoją, jakkolwiek wtórną, siedzibę w nosie, dalej ze względu na długi czas trwania, na równomierne powiększanie się złośliwości klinicznej (prz z rozrost) i histologicznej oraz ze względu na swój początek, jako nowotwór bezbarwikowy, jak to również opisał Wolffheim (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie etc. Z. 1922, Bd. 11, H. 1). U chorego zastosuje się leczenie radem, mimo tego kol. Przeworski przypuszcza w najbliższych miesiącach, jako zakończenie choroby: *melanosis universalis*.

2. Kol. Brudzewski wygłasza odczyt p. t. **Leczenie wrzodów rogówkowych jontoforezą**«. (Rzecz przeznaczona w całości do druku).

W ożywionej dyskusji przemawiali kol. Majewski, Seńkowski, Hirsch, Surzycki i mówca.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe w dniu 30 stycznia 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski.

Obecnych 98 członków.

I. Kol. Nowicki zwraca się do obecnych w imieniu Polskiego Komitetu dla zwalczania raka o wypełnianie porozsyłanych kwestjonarjuszów i nadesłanie ich pod wskazanym adresem.

2. Kol. Ziembicki przedstawia z oddziału W. II. **przypadek ziarnicy** (*lymphogranuloma*), odznaczającej się pakietami gruczołów w obu dołkach nadobojczykowych, dużą śledzioną i wielkich rozmiarów guzem w śródpiersiu. Badanie histologiczne jednego z wyciętych gruczołów potwierdza rozpoznanie. Pozatem przypadek nie przedstawia nic szczególniejszego.

3. Kol. Schusterówna przedstawia: a) preparat **tchawicy, do której przebiła tętnica bezimienna**. Zmianę tę stwierdzono na sekcji u 16 letniej dziewczyny, której po przyjęciu wykonano tracheotomję dolną z powodu silnej duszności, wywołanej przez ucisk powiększonego gruczołu tarczykowego. Po 3 tygodniach stan chorej poprawił się, wyjęto kaniulę i miano przystąpić do operacji radykalnej, lecz w 4 dni potem wystąpił nagły krwotok i śmierć. Na sekcji stwierdzono przebicie tętnicy bezimiennej do tchawicy, prawdopodobnie, jako następstwo odleżyny, powstałej w miejscu przylegania dolnego końca kaniuli do ściany tchawicy;

b) **przełyk z wrodzoną wadą rozwojową**, stwierdzoną u dziecka 4-o dniowego. Przełyk podzielony jest na 2 części, z których górna kończy się ślepo, dolna zaś łączy się z tchawicą w miejscu jej rozgałęzienia się;

c) **żołądek i dwunastnicę dziecka 14 dniowego z drutem 4 cm długim**, który tkwi częściowo w żołądku, częściowo już w dwunastnicy. Prawdopodobnie drut ten rozmyślnie został wprowadzony do przewodu pokarmowego w celu zabicia dziecka. Przemawia za tem zranienie tylnej ściany przełyku, powstałe przy gwałtownem wprowadzaniu druta, następstwem, którego było ropne zapalenie śródpiersia tylnego i ogólne zakażenie krwi;

d) **mysz białą z wielkim rakiem smolowym**, który powstał dopiero w 9 miesięcy po ostatniem drażnieniu. Okres utajony między zadziałaniem czynnika drażniącego, a powstaniem nowotworu był w tym przypadku bardzo długi, co ma niewątpliwie pewne znaczenie praktyczne.

4. Kol. Ziembicki wygłasza odczyt: „**O najdawniejszych dziejach Szpital**a **Powszechnego we Lwowie i o powstaniu Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowi** «.

Odczyt rozpoczął mówca od wspomnienia o śp. Edwardzie Sawickim, senjorze lekarzy polskich, który zmarł w listopadzie z r., mając lat 91. Ponieważ z osobą Zmarłego, byłego prymarjusza Spitala powszechnego we Lwowie, powołanego w swoim czasie przez były Wydział Krajowy Galicji do zorganizowania powstającego wówczas Zakładu w Kulparkowie i wogóle służby psychjatrycznej w kraju naszym, łączy się cały szereg dat i wypadków z dziejów obu tych wielkich Zakładów Krajowych, przeto w dalszym ciągu odczytu rozwija mówca przebieg tych dziejów od najdawniejszych początków aż do dnia dzisiejszego. Omawia więc genezę samego budynku szpitalnego we Lwowie i jego pierwotnego przeznaczenia na t. zw. *Collegium nobilium* (akt fundacyjny księdza Samuela Głowiń-

skiego, biskupa sufragana *in part. infid.*), następnie skasowanie tego zakładu przez cesarza Józefa II, pomieszczenie w nim szpitala Braci Miłosiernych, później szpitala państwowego, objęcie w końcu — z chwilą wprowadzenia autonomji krajowej — przez były Wydział Krajowy. Omawia dalej szczegółowo historję i rozwój niektórych oddziałów szpitalnych, zwłaszcza oddziału, zwanego W. III. (wewnętrzny trzeci), którego to pierwszym prymarjuszem był ś. p. Sawicki, pełniący te obowiązki przez lat 35. Omawia wreszcie zawiązek zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie pod Lwowiem i zasługi, jakie dla zorganizowania tego zakładu położył ś. p. Sawicki, używający przez jakiś czas tytułu t. zw. »opiekuna« służby psychjatrycznej w całym kraju. Był on także pierwszym u nas docentem psychjatrji i neurologji z czasów t. zw. Instytutu Medyko-chirurgicznego we Lwowie.

Kazimierz Tyszka sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 listopada 1924 r.

Przewodniczy kol. Kozłowski. Obecnych 23 członków Towarzystwa i 2 gości.

1. Po otwarciu zebrania kol. Dehnel z okazji przewiezienia do Polski zwłok ś. p. H. Sienkiewicza w dłuższem przemówieniu skreślił działalność literacką i obywatelską ś. p. Henryka Sienkiewicza; na propozycję tegoż obecni uczcili pamięć ś. p. H. Sienkiewicza przez powstanie.

2. Kol. Dehnel omawia przypadek **ostrej białaczki limfatycznej**, na tle zakażenia gronkowcami po operacji karbunkułu. Badanie krwi wykazało 93% małych limfocytów przy przebiegu choroby gorączkowym i stanie septycznym z objawami zajęcia mięśnia sercowego i zapaleniem żył w kończynach dolnych. Przypadek w końcu 3 tygodnia zakończył się śmiercią. Mówca, omawiając ten przypadek, poruszył obecne poglądy na białaczkę.

W dyskusji kol. Buterman, wobec ropnia golenia przerzutowego pochodzenia, rozpoznał posocznicę. Ze względu na zły stan ogólny skłonny był do złego rokowania. Ani obraz kliniczny (brak obrzmienia gruczołów chłonnych, śledziony brak skazy krwotocznej), ani obraz hematologiczny (brak dużych limfocytów oraz brak zmian ze strony erytrocytów) nie przemawiały za białaczką limfatyczną, względnie za ostrą aleukemiczną limfadenozą. — Kol. Gosiewski ma wątpliwości, czy opisany przez referenta przypadek był ostrą białaczką. Uważa przypadek ten za sprawę posoczniczą. W odpowiedzi prelegent odpowiedział, że ostre białaczki, wedle Sternberga, są rzeczywiście zakażeniem gronkowcami lub paciorkowcami i dają obraz odmienny od zwykłych białaczek, a przedstawiają obraz zwyczajnego zakażenia septycznego.

3. Kol. Ingster odczytał referat: **O nowszych badaniach nad histerją.** Skreśliwszy pokrótce dzieje nauki o histerji, przechodzi mówca do scharakteryzowania nowszych poglądów na tę chorobę. Epoka nowszych poglądów na histerję rozpoczyna się od 1893 r., kiedy Freud wspólnie z Brenerem wydali pracę »O mechaniźmie psychicznym histerycznych fenomenów«. Według Freuda, objawy histerji mają ścisły związek z przeżyciami chorego. Pewne przeżycia stłumione i wpędzone niejako do podświadomości, mogą w pewnych sprzyjających okolicznościach przeistoczyć się w objawy cielesne, jak porażenia lub ataki histeryczne, cechujące się nadmiarem ruchów. Jeżeli wykryć te t. zw. urazy psychiczne i uświadomić je choremu, t. j. wyciągnąć je niejako z głębi podświadomości do świadomości chorego, co nazwał Freud psychoanalizą, następuje wyleczenie. Dwa odkrycia Freuda stanowią czynnik pomocniczy przy prowadzeniu psychoanalizy: 1) że sny (marzenia senne) zawierają często treść przeżyć stłumionych, a wywołujących nerwicę, 2) że najczęściej przyczyną nerwic są przeżycia seksualne z lat dziecięcych.

Po tych uwagach ogólnych wyjaśnia mówca teorję Freuda w przykładzie przeprowadzonej psychoanalizy. Następnie wspomina o poglądach Adlera, których kwintesencją jest zapatrywanie, że punktem wyjścia nerwic jest obrona swego prestige osobistego, zaznaczająca się już w dzieciństwie. Pewne drobne ułomności w wieku dziecięcym, jak krzywica, stany osłabienia po chorobach zakaźnych i t. p. stwarzają w dziecku uczucie niższości wobec swego otoczenia. Chcąc ratować swoje zagrożone prestige rozwija dziecko w sobie podświadomie pewne cechy, dążące do skompensowania sobie krzywd, wynikających z niewygodnej pozycji wśród swego najbliższego otoczenia. I tak powstaje *pavor nocturnus*, którego celem ma być zwrócenie uwagi na siebie otoczenia za wszelką cenę; w wieku późniejszym »ucieczka do choroby«, by uniknąć takich sytuacyj życiowych, które mogłyby narazić na szwank prestige chorego i t. d., podczas gdy Freud i Adler stają na gruncie czysto psychicznym i wpadają przez to w jednostronność, Kretschmer stwarza teorję biologiczno-psychiczną, opierającą się wszechstronnie na zdobyczach wiedzy biologicznej z jednej strony, a doświadczeniach klinicznych — z drugiej. Histerja, według Kretschmera, nie istnieje; istnieje reakcja histeryczna, która daje się schematycznie podzielić na 3 stadja: 1) okres reakcji odruchowej, instyktowej, która da się porównać z objawami przestrachu lub paniką u zwierząt, występujące jako drżenie, porażenie, bezruch lub w postaci psychicznych objawów, charakteryzujących się często, jako regresja do stadjum dziecięcego, 2) okres współdziałania odruchu pierwotnego z wolą świadomą, przyczem impulsy ze strony woli muszą być bardzo subtelne i rozlane, gdyż inaczej spowodowałyby wygaśnięcie odruchowej reakcji pierwotnej. 3) Utrwalenie się objawów cielesnych lub duchowych i uniezależnienie się ich z pod wpływu świadomej woli. Działałaby tutaj wola instyktowna, niższego rzędu. To też okres ten nazwał Kretschmer *hypobulja*. Naturalnie, że skłonność do tych hypobulicznych objawów, t. j. objawów histerycznych, działających na szkodę osobnika chorego, byłaby wrodzoną. W nerwicach wojennych i rentowych dochodzi do okresu 2, u osobników względnie zdrowych. — Dyskusja odłożona.

4. Sekretarz odczytał opinję Komisji, która rozpatrywała sprawę kol. Stawińskiego, wywołaną zarzutami czynionemi mu przez p. Soleckiego.

Sekretarz: *Dr. Budzyński.* Prezes: *Dr. Kozłowski.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. stycznia 1925 r.

Przewodniczy Kol. K. Opoczyński.
Sekretarz Kol. E. Czarnecki.

Obecnych 56 osób, w tej liczbie 33 członków T-wa.

1. Odczytanie protokołu z dnia 14. stycznia b. r.

2. Dalszy ciąg dyskusji w sprawie wygłoszonych na poprzedniem posiedzeniu przez kol. L. Łukowskiego i T. Wąsowskiego odczytów:

Kol. Jasiński: należy zwrócić baczną uwagę na stosunek gruźlicy do krwawiączki; przytacza przypadek z dzieckiem które cierpiało na wylew krwawy do stanu, zastosowanie tuberkuliny dało dobre wyniki. Kol. A. Hołówko, zwraca uwagę na doniosłość badań nad krwawiączką dla ginekologji. Widujemy niekiedy u miesiączkujących młodych dziewcząt bardzo wielką utratę krwi przy zupełnie normalnym stanie narządów płciowych. W niektórych przypadkach krwotoki te są tak silne, że nie dają się powstrzymać żadnemi środkami i zachodzi śmierć przy objawach coraz zwiększającej się niedokrwistości. W tych przypadkach nasuwa się podobieństwo do krwotoków u krawców, jednak możemy zaliczyć do krwawiączki tylko te przypadki, które są obciążone dziedziczne i mają zmiany krwi charakterystyczne dla krwawiączki. Ponieważ kobiety w rodzinach obciążonych krwawiączką, według niektórych statystyk, nie zapadają na krwawiączkę, a tylko przenoszą tę chorobę na swe potomstwo płci męskiej, powstała wątpliwość, czy kobiety wogóle zapadają na krwawiączkę. Są jednak przypadki krwawiączki także u kobiet. Do takich zaliczyć można przypadek z kliniki prof. Zweifla pokazany w 1921 roku przez Dra Meumanna na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Lipsku (referat w Zentralblatt für Gynaekologie 1922. Nr. 15 str. 590). Charakterystycznem było, że była taż dziedziczność tej choroby w odwrotnym stosunku do zwykłych przypadków, mianowicie mężczyźni nie ulegali w tej rodzinie krwawiączce, lecz przenosili, jako konduktorzy, krwawiączkę na potomstwo płci żeńskiej. W każdym razie jest jeszcze dużo zagadnień niejasnych w tej dziedzinie i dalsze badania tej sprawy są konieczne. Kol. Szmurło podkreśla ogromne znaczenie krwawiączki w otolaryngologji. Na podstawie trzech spostrzeganych przez siebie przypadków stwierdza, że objawy krwawiączki występują niezawsze w jednakowem nasileniu; należałoby zwrócić pilniejszą uwagę nietylko na stan krwi przy tem cierpieniu, jak to się dziś ogólnie dzieje, lecz także w równej mierze także na stan naczyń krwionośnych, które odgrywają niezawodnie wybitną rolę. Kol. L. Łukowski w odpowiedzi kol. Jasińskiemu zaznacza, że krwawiączka ma duży związek z gruźlicą, ponieważ krwawiączka bardzo usposabia do gruźlicy. Z drugiej strony dobry wpływ tuberkuliny na opuchnięcie stawów z powodu wylewu krwi do stawu nie może być dostatecznym dowodem, ponieważ wiadomo, że świeży wylew krwi do stawu przy dobrem pielęgnowaniu może szybko ustąpić. Kol. Hołówce odpowiada, że hematolodzy skarżą się na ginekologów, że zanadto łatwo rozpoznają krwawiączkę u kobiet bez badania krwi. Bucura w swem studjum krytycznem z r. 1920 zaznacza, że ani jeden przypadek krwawiączki u kobiet nie jest dotychczas bezsporny. Prawdopodobnie uporczywe krwawienia u kobiet zależą od innych skaz krwotocznych, jak przewlekłej choroby Werlhofa lub *thrombasthenia hemorragica hereditaria* według Glanzmann'a. Popowski w swej świeżo opublikowanej pracy o krwawiączce przytacza bardzo ciekawy przypadek Petersa, który wspomina o kobiecie z rodziny krwawców, u której po wycięciu jajników wystąpiły objawy typowej krwawiączki. Prawdopodobnie więc gruczoły płciowe żeńskie mają jakieś znaczenie w niewystępowaniu krwawiączki u kobiet. Kol. Obiezierski: Wycięcie jajników wywołuje zwiększenie hormonu nadnercza, co jest przyczyną zwyrodnienia naczyń krwionośnych, a to wywołuje łatwe ich pękanie z wylewami krwi. Kol. A. Januszkiewicz zwraca uwagę na brak jednolitego poglądu autorów co do czasu krzepliwości krwi. Wypowiada się w sensie nieprzeprowadzania gradacji w nasileniach

krwawiączki! Zgodnie z pracami M. Feissly wyprowadza brak leczniczego działania wyciągów ciała żółtego, jak również dodatniego wpływu promieni Röntgena. Przetaczanie krwi, zdaniem tego autora, dawało niekiedy dodatnie wyniki. Kol. T. Wąsowski podawał w jednym przypadku krwawienia środki hemostatyczne bez wyraźnego efektu, zastosowanie promieni X dało wynik pożądany. Kol. K. Opoczyński sądzi, że w przyszłości chemja rzuci pewne światło na istotę krwawiączki.

3. Kol. K. Pawłowski. **Sprawozdanie z 5 przypadków cukrzycy** (w tem jeden ze śpiączką), leczonych insuliną w II. Klinice chorób wewn. U. S. B.

Dyskusja. Kol. Obiezierski: Dzisiejszy referat o próbach z insuliną nasuwa myśl, że możnaby było zapomocą reakcji Abderhaldena w klinice określić, gdzie i w jakich gruczołach następują zmiany, wpływające na zmniejszenie hormonów trzustkowych (specjalnie wysepek Langerhausa). Na zastrzyki insuliny zapatruję się jako na zwiększenie hormonów trzustkowych, które, jak to wiemy z fizjologji, są w antagonizmie z gruczołami nadnercza. Wiadomo, że formowanie się glykogenu w wątrobie następuje pod wpływem hormonu nadnercza (adrenaliny) zapomocą współczulnych węzłów systemu nerwowego. Hormony trzustkowe, działając antagonistycznie na hormony nadnercza, zatrzymują glykogen w wątrobie, niepozwalając mu zbytnio wydzielać się z organizmu. Gruczoł tarczowy, przysadka mózgowa, gruczoły przytarczyczne mają także znaczenie w wydzielaniu cukru z organizmu. Wiemy, że w ciąży lub akromegalji, gdzie następuje zwiększenie hormonów przysadki, działających antagonistycznie na hormon trzustkowy, następuje wydzielanie się cukru w moczu, który, n. p. w ciąży, pod wpływem preparatów organo-terapeutycznych jajnikowych, działających znowu antagonistycznie na hormony przysadki, bardzo łatwo ginie z moczu. Przy chorobie Basedowa jest cukier także w moczu. Zwiększone hormony tarczycy działają antagonistycznie na hormony trzustki, zmniejszając je w organizmie, co wywołuje zmniejszenie przeszkody w utrzymaniu cukru w organizmie. W ten sposób widzimy, że w procesie formowania się i wydzielania cukru w organizmie dwa gruczoły główną odgrywają rolę: nadnercze i trzustka. Nadnercze daje bodziec do formowania się cukru, trzustka działa powstrzymująco na tworzenie się cukru. Zadaniem lekarza jest odnalezienie przyczyny, zmniejszającej hormony trzustkowe. A znaleźć te przyczyny można, przy dzisiejszym stanie medycyny, tylko zapomocą odczynu Abderhaldena. Dlatego też mowca wypowiada myśl, że badania kliniczne, idące w parze z badaniami hormonowemi modą Abderhaldna, dadzą nam sposób do wykrycia przyczyny zmniejszającej hormony trzustki. Kol. E. Czarnecki, powołując się na pracę, którą umieścił Lancet, stwierdza, że w skład insuliny wchodzą dwa czynne pierwiastki; jeden z nich ulega rozkładowi pod wpływem soków trawiennych; tem się tłumaczy brak działania tego preparatu przy podawaniu per os. Insulina i adrenalina są ze sobą w stosunku antagonistycznym, co zostało stwierdzone w ten sposób, że zastrzykiwanie adrenaliny w ilościach, wywołujących cukromocz w warunkach normalnych, nie dawały tego objawu po uprzednich zastrzykach insuliny. Kol. A. Safarewicz: Choremu stosowano dwuwęglan sodowy, który, jak wiemy, zmniejsza lub usuwa kwasicę; być może dużą rolę odegrała tu właśnie soda. Co do przemiany materji, to u djabetyków odbywa się mniej intensywnie wogóle i obok węglowodanowej szwankuje też tłuszczowa. Stwierdzono, że, gdyby podawać djabetykom produkty glukozy w pierwszym okresie rozkładu, djabetycy łatwoby mogli spalać je całkowicie. Djabetykom brakuje właśnie czegoś, co pozwala osobnikom zdrowym rozszczepić glukozę; glukoza w nadmiernej ilości ukazuje się we krwi, drazni nerki i wydziela się z moczem. Nowem jest dla mowcy to, co mówił kol. Pawłowski, robiąc wzmiankę o tem, że hiperglikemja nie wywołuje podrażnienia nerek. Co do hormonów, o których mówił kol. Obiezierski, jest to sprawa jeszcze zupełnie ciemna, mało co wiemy o tych hormonach, gdyż dotąd w stanie czystym nie udało się ich otrzymać w takiej ilości, by można było z niemi robić jakieś doświadczenia. Kol. Szmurło: Podanie tylko dwuwęglanu sodu w śpiączce, spowodowanej cukromoczem, nie daje efektu. Kol. St. Trzebiński Jednak dwuwęglan sodu w okresie przed wprowadzeniem insuliny dawał przecież niekiedy pożądane wyniki. Kol. A. Januszkiewicz: Dwuwęglan sodu stosują dotychczas starsi klinicyści, n. p. Noorden i jego szkoła, jednocześnie z insuliną dożylnie; jednak, o ile wiemy, soda w śpiączce nie ratowała i w danym razie można myśleć tylko o podrzędnej jej roli. Przyczyny powstawania białkomoczu u djabetyków są dziś jeszcze nieznane. Pewna ilość cukru poza wątrobą dostaje się wprost do przewodu piersiowego. Miano cukru w żyle wrotnej i wątrobowej w pierwszych chwilach po spożyciu cukru jest jednakowe, t. j. cukier nie zatrzymuje się w wątrobie natychmiast po podaniu, a zaczyna się magazynować dopiero po upływie 3—6 godzin. Z tego widać, że insulina w swem działaniu ma najpewniej punkty zaczepienia i w wątrobie i poza nią Insulina, między innemi własnościami, przywraca organizmowi utraconą zdolność zatrzymywania glykogenu w wątrobie. Istnieje bezsporne antagonistyczne działanie między insuliną a adrenaliną w stosunku 1 mgr adrenaliny do 10 jednostek amerykańskich insuliny; djabetyk zatraca zdolność spalania cukrów, insulina dopomaga mu w tym procesie; doświadczenia przeprowadzono na izolowanem sercu wykazały, że przy przepuszczeniu insuliny wraz z płynem Ringer'a, serce takie zużywa trzykrotne ilości cukru. Przemawiał jeszcze kol. K. Opoczyński.

Dr. E. Czarnecki, sekretarz.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Sekcja skórno-weneryczna.

Przewodniczący Sekcji Skórno-wenerycznej XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości Sz. Kolegów, że tematem głównym obrad będzie sprawa leczenia przymiotu (ref. prof. A. Karwowski, Dr T. Trzciński, Dr. Ks. Watraszewski) oraz serologja przymiotu (doc Fr. Walter). Ponadto zgłoszono dotąd następujące odczyty i referaty:

1) Zmiany histopatologiczne tkanek przymiotowych, występujące pod wpływem leczenia bizmutem

2) Wpływ przetworów bizmutowych na obraz hematologiczny w przebiegu przymiotu.

3) O zapaleniu cewki u mężczyzn

4) Leczenie światłem barwnem.

5) W sprawie białaczki skóry.

6) Cholesterynemja w łuszczycy.

Tematy oraz krótkie streszczenia należy nadsyłać do dnia 1 maja r b Warszawa, Bracka 18

Dr. Robert Bernhardt,
Przewodniczący Sekcji

II. Zjazd francusko-polski w Paryżu.

1) Kongres rozpoczyna się dnia 20 kwietnia.

2) Termin zapisywania się przedłuża się do dnia 10 marca b. roku.

3) Na koszta organizacyjne wpłacić należy 25 zł. od osoby do P. K. O. w Warszawie na rachunek Towarzystwa lekarskiego Francusko-Polskiego Nr. 3090.

4) Paszporty będą indywidualne. Wszyscy zapisani członkowie otrzymują zaświadczenia, iż są uczestnikami Kongresu. Lekarze zamieszkali w Warszawie mogą starać się o paszport oddzielnie, albo za pośrednictwem Dr. Melanowskiego, Żórawia 31, tel. 502-50.

5) Podróż do Paryża koleją na Berlin bez przesiadania 36 godzin, I kl. - 190 zł., II. kl. — 135 zł.; III kl. — 90 zł. (przesiadanie 4-o krotne).

Za miejsce w wagonie sypialnym dopłaca się 80 zł.; drożej i trwa znacznie dłużej.

Podróż na Wiedeń i Szwajcarji kosztuje o 30 zł. więcej.

Koleje polskie dają 30% ustępstwa, koleje francuskie 50% wyłącznie dla podróżujących zbiorowo. Prawdopodobnie w Paryżu uzyska się dobrowolną datę powrotu.

6) Podróż okrętem z Gdańska do Hawru trwa 3—4 dni. I kl. — 660 fr., II kl. — 510 fr. z całkowitem utrzymaniem. Członkowie Kongresu płacą o 25% mniej. Z Hawru do Paryża I kl. — 71 fr., II kl. — 52 fr. Express 3 g. 30 m.

7) Mieszkania w hotelach będą zapewnione przez komitet organizacyjny paryski.

8) Szczegółowy program Kongresu, jakoteż francuskie karty członkowskie będą rozesłane później.

9) Kongres francusko-polski, pomimo niektórych wspólnych z międzynarodowym Kongresem medycyny wojskowej przyjęć i wycieczek zachowa swą odrębność.

Sekretarze Towarzystwa lekarskiego Francusko-Polskiego: *Dr. Józef Zieliński* — Górnośląska 16., tel. 225-26., *Dr. Władysław Melanowski* — Żórawia 31. tel. 502-50.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Warszawsko-białostocka.

Izba lekarska Warszawsko-białostocka została powiadomiona przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, że pomiędzy 1. I. i 28. II. r. b. zostanie przeprowadzona ankieta w sprawie częstości zachorowań na raka i inne nowotwory złośliwe. Kwestjonarjusze (wzór których został ustalony w porozumieniu z Izbami Lekarskiemi, z Wydziałami Lekarskiemi Uniwersytetów i z Polskim Komitetem do zwalczania raka) w potrzebnej ilości lekarze otrzymają w Urzędzie Zdrowia Ratusz Pokój Nr. 55, w Kancelarji Izby lekarskiej Niecała 7, w Wydziale Zdrowia Zgoda 10, i we wszystkich dozorach sanitarnych.

W imię nauki i dla dobra ludzkości Zarząd Izby zwraca się do wszystkich członków Izby z usilną prośbą o jak najskrupulatniejsze wypełnienie kwestjonarjuszów i przekazanie ich Urzędowi Zdrowia, lub Kancelarji Izby.

Pisarz Izby *J. Sochacki.*

Izba Lekarska w Krakowie.

Posiedzenie Rady Izby Lekarskiej w dniu 13 stycznia 1925 r.

Przewodniczy: Dr. Strzemieński, pisze: Dr. Piątkowski.

Obecni: Drowie Maciąg, Kwieciński, Okuszko, Czaplicki, Zakrzewski, Kostrzewski, Zieleniewski, Bartkiewicz, Landau, Rose, Stahr, Ciechanowski, Suchodolski, Masny, Zbiegniewicz, Wróblewski, Żydłowicz, Jankowski, Glassner, Grzybowski, Schneider, Poźniak, Rutkowski, Orłowski, Cercha, Skórski, Budzyński.

Usprawiedliwili nieobecność: Drowie Dudziński, Walczyński, Wrześniowski.

1) Protokół posiedzenia Rady z dnia 29 marca 1924 r. odczytano i przyjęto.

2) Sprawozdanie z czynności Zarządu Izby Lekarskiej za rok 1924 odczytuje sekretarz.

W okresie sprawozdawczym odbył Zarząd Izby 12 posiedzeń, na których załatwiano wszystkie wpływy do dziennika podawczego.

Na zastępców naczelnika Izby Zarząd Izby wybrał prof. Dra Rutkowskiego i Dra Wrześniowskiego. Pozatem udzielił urlopu sekretarzowi Dr. Weinsbergowi na jego własne żądanie. Funkcje pisarza poruczono tymczasowo Dr. Piątkowskiemu.

Ze spraw większej wagi należy wymienić:

a) W sprawie udzielania przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) tymczasowych pozwoleń na wykonywanie praktyki lekarskiej wrócono się do tegoż Ministerstwa (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) z prośbą, by, w myśl postanowień ustawy, nie udzielano takich pozwoleń bez zasięgnięcia opinji Izby Lekarskiej. Równocześnie przedstawiono całą sprawę Naczelnej Izbie Lekarskiej z prośbą o poparcie. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) w odpowiedzi na przedstawienie Izby zawiadomiło, że w dniu 27 marca 1924 wydany został do wszystkich Wojewodów okólnik, mocą którego podania o udzielenie tymczasowego pozwolenia na prawo wykonywania praktyki polecono przedkładać po zasięgnięciu opinji właściwej Izby Lekarskiej zgodnie z art. 4 ustawy o praktyce. Niestety zdarzały się już potem przypadki udzielania takich pozwoleń bez opinji Izby Lekarskiej.

b) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) zwróciło się do Naczelnej Izby Lekarskiej pismem z dnia 5 kwietnia 1924 r., wskazując na to, że Zarząd Związku Lekarzy P. P., względnie jego oddziały, występują stale w zatargach pomiędzy kasami chorych a lekarzami, jako oficjalna reprezentacja stanu lekarskiego, że przez to Związek Lekarzy P. P., jako stowarzyszenie prywatne, „arroguje sobie atrybucje, należące w myśl ustawy do Izb Lekarskich". Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (gen Dyr. Służby Zdrowia) poddaje pod rozwagę Naczelnej Izby Lekarskiej stan powyższy, zaznaczając, że byłoby wskazanem, aby Naczelna Izba Lekarska oraz poszczególne Izby wdrożyły akcję w celu »zabezpieczenia swych atrybucyj przed bezprawnemi arrogacjami ze strony Związku Lekarzy Państwa Polskiego«. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Służby Zdrowia) prosi Naczelną Izbę Lekarską o zajęcie stanowiska i odpowiedź najdalej do dwóch tygodni. Na wezwanie Naczelnej Izby Lekarskiej do wydania opinji Zarząd Izby odpowiedział, że Związek Lekarzy P. P. działa na podstawie zatwierdzonego statutu w ramach ustaw i że nie uszczupla w niczem praw Izb Lekarskich.

c) Na wezwanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr, Sł. Zdrowia) do wydania opinji o projekcie ustawy o zaopatrywaniu ludności w wodę do użytku wewnętrznego i do celów gospodarstwa domowego przesłano wyczerpującą opinję według referatu Dra Weinsberga.

d) Na zapytanie Izby Lwowskiej, jakie stanowisko zajmuje Zarząd Izby w sprawie zamierzonego przez niektóre Urzędy Wojewódzkie wydania cennika poborów lekarskich w myśl art 21. ustawy o praktyce lekarskiej, odpowiedziano, że Zarząd Izby staryfowanie honorarjów nie uważa za rzecz pożyteczną, a opracowanie cennika poborów, któryby mógł zadość uczynić wszelkim rożnicom lokalnym i indywidualnym, uważa za rzecz niemożliwą, Zarząd Izby praguie wywołać dyskusję w tej kwestji w gronie Rady Izby.

e) W sprawie opłat, jakie mają uiszczać Izbie lekarze, należący do innych Izb lekarski h, a praktykujący w sezonie kąpielowym w okręgu tutejszej Izby, wyłoniła się różnica zdań między Zarządem Izby tutejszej a Zarządem Izby Lwowskiej. Sprawa ta przedłożoną będzie do uchwały Radzie Izby Lekarskiej.

f) Na żądanie Naczelnej Izby Lekarskiej Zarząd Izby wydał opinję o projekcie zmian i uzupełnień w ustawie z dnia 19 maja 1920 o ubezpieczeniu na wypadek choroby. W projekcie tym znalazło się znów owo nieszczęsne postanowienie, zmuszające lekarzy praktycznych do udzielania porad lekarskich chorym członkom kasy za połowę mającego się wydać cennika wówczas, jeżeli umowa kasy chorych z lekarzami nie może przyjść do skutku, lub jeśli lekarze kasowi zaprzestają pracy. Art. 42 projektu przewiduje ponadto sankcje karne za uchylanie się od tego obowiązku w postaci grzywien, a w razie powtórzenia w postaci »pozbawienia w drodze sądowo-karnej prawa wykonywania praktyki«. Przeciw tym i innym postanowieniom projektu, skierowanym wprost ku zgnębieniu stanu lekarskiego na wyłączną korzyść kas chorych, zastrzeżono się w wydanej opinji bardzo energicznie.

g) Z okazji obsadzenia posad lekarzy więziennych w Krakowie wyłoniła się zasadnicza różnica zapatrywań między Zarządem Izby a Ministerstwem Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdrowia). Gdy tutejsi dwaj lekarze więzienni, otrzymując dotychczas wynagrodzenie w kwocie 72 względnie 60 zł. miesięcznie, zażądali uposażenia w wysokości VIII. względnie IX. klasy płac, i wypowiedzieli posady na wypadek nieuwzględnienia swych żądań, zwrócili się do Izby Lekarskiej o poparcie, Prezydjum Sądu Okręgowego przeszło nad żądaniami lekarzy do porządku i przyjęło wypowiedzenie. Równocześnie doszło do wiadomości Izby Lekarskiej, że jeden z lekarzy na Górnym Śląsku miał oświadczyć gotowość objęcia obu posad więziennych za wynagrodzeniem, odpowiadającem X-ej klasie poborów państwowych. Wówczas Zarząd Izby uchwalił przestrzec tego lekarza przed przyjęciem posady w tych warunkach, komunikując mu, żebyłaby to *licitatio in minus*, co nie odpowiadałoby godności stanu. Lekarz ów po otrzymaniu pisma z Izby Lekarskiej w najlojalniejszy sposób natychmiast zrzekł się posady lekarza więziennego i w ogóle do Krakowa wcale nie przybył. Otóż uchwałę Zarządu Izby, aby danego lekarza przestrzec, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) z powołaniem się na art. 45 ustawy o Izbach lekarskich zniosło, dopatrując się w tej uchwale przekroczenia zakresu działania Izby i uzasadniając swe orzeczenie motywami, które muszą budzić poważne wątpliwości. Zarząd Izby przedłoży Radzie Izby wnioski, zmierzające do zasadniczego wyjaśnienia sprawy.

h) W sprawie wygórowanych i krzywdzących lekarzy wymiarów podatku obrotowego interwenjowała u Pana Ministra Skarbu deputacja, składająca się z przedstawicieli Izb Lekarskich Krakowskiej i Warszawskiej, oraz Związku Lekarzy P. P., wręczając P. Ministrowi memorjał z dnia 3. czerwca 1924. Pan Minister przyrzekł wówczas zarządzić, aby Izbom Lekarskim przysługiwało prawo opinjowania odwołań lekarzy od wymiaru odatku obrotowego. Rzeczywiście rozporządzenie takie wydało Ministerstwo Skarbu pod datą 6 października 1924 Ł. D. P. O. 2780 III. Rozporządzenie to było ogłoszone w »Polskiej Gazecie Lekarskiej«. Przedstawicielem Izby Lekarskiej w tej deputacji był kolega Dr. Bartkiewicz.

i) Na wezwanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyr. Sł. Zdr.) do wydania opinji co do spółek lekarskich, mających na celu dostarczanie chorym adresów lekarzy, oświadczył Zarząd Izby, że zawiązywanie, należenie i korzystanie z takich spółek uznać należy za sprzeczne z etyką lekarską.

j) Zarząd Izby na zapytanie Naczelnej Izby Lekarskiej oświadczył się za wnioskiem Związku Lekarzy P. P., by poczynić starania, aby lekarzom wojskowym nie wolno było obejmować posad w kasach chorych.

k) W sprawie sporu między Powiatową Kasą chorych w Chrzanowie a tamtejszymi lekarzami, który doprowadził do kilka tygodni trwającego bezrobocia lekarzy zwrócił się poseł ziemi chrzanowskiej Zygmunt Żuławski do Prezydjum Izby z prośbą o wzięcie inicjatywy w załagodzeniu konfliktu. Zarząd Izby upoważnił Prezydjum do podjęcia tej akcji. Po odbyciu szeregu posiedzeń udało się pogodzić poważnione strony i doprowadzić do ugody ku obopólnemu zadowoleniu.

l) W sprawie niekorzystnych postanowień, zawartych w najnowszym projekcie ustawy aptekarskiej, a zdążających do tego, by na przyszłość lekarze nie mogli utrzymywać t. zw. aptek domowych, zwrócono się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o poczynienie kroków, aby postanowienia te nie stały się ustawą.

m) Na mocy uchwały Zarządu przekazano w czasie objętym tem sprawozdaniem cztery sprawy celem postępowania dyscyplinarnego Sądowi Izby Lekarskiej. (Dok. nast.).

Przerwanie pracy w instytucjach Kasy Chorych w Łodzi.

Lekarze w dalszym ciągu chorym na mieście i w ich domu udzielają pomocy, wydając kartki jako pokwitowania, upoważniające do zwrotu od Kasy Chorych wyłożonych pieniędzy. Bawił w Łodzi dnia 17 b. m. z ramienia Ministerstwa Pracy dyrektor d partamentu ubezpieczeniowego, dr. Siwik, który Zarządowi Kasy Chorych przedstawił propozycję arbitrażu, na co otrzymał odpowiedź odmowną. W dniu 18 b. m. zwołał p. Wojewoda łódzki Darowski, w gmachu Województwa konferencję, na którą zaprosił: dyrektora Urzędu Zdrowia, Prokuratora, Inspektora pracy, Komisarza Rządu, Kierownika Urzędu do walki z lichwą, przedstawicieli Magistratu i Naczelnika Izby Lekarskiej dr. A. Tomaszewskiego. Ze Związku Lekarzy nikogo nieproszono; dopiero w kilka godzin później konferował p. Wojewoda z Prezesem Związku, dr. J. Kosiewiczem. W komunikacie P. A. T. nazwano Dra Tomaszewskiego »przedstawicielem« strajkujących lekarzy. P. Wojewoda zaproponował: przystąpienie natychmiastowe do pracy i wybranie komisji, któraby rozpatrzyła całokształt zatargu a której decyzje miałyby jedynie wartość moralną, nieobo-

wiązującą. Zarząd Związku propozycję odrzucił, o czem zakomunikował dn. 20 ustnie p. Wojewodzie, który znów przyjął przedstawicieli Związku na czele Komisji w wyżej wymienionym składzie. Starania p. Wojewody o uzyskanie pomocy ze strony Szefostwa sanitarnego — nie odniosły skutku.

Związek lekarzy Państwa Polskiego.
Okręg Łódzki.

Uchwalono napiętnować czyn haniebny doktorów Woewódzkiego Wacława (z Głowna) i Blumenfelda (z Częstochowy), którzy podjęli się roli łamistrejków w Tomaszewskiej Kasie Chorych, i ogłosić ich nazwiska w prasie fachowej.

Sekretarz: *Szyjman.* Prezes: *J. Kosiewicz.*

Związek Leka zy Państwa Polskiego. — Obwód Lubelski.

Wobec naruszenia umowy obowiązującej przez Komisarza rządowego lubelskiej Kasy chorych, Związek Lekarzy w Lublinie przerwał pracę w ambulatorjach Kasy z dniem 19 lutego b. r. aż do czasu odwołania nieprawnych zarządzeń. W odpowiedzi Komisarz K. ch. ogłosił konkurs na wakujące posady lekarskie w Lub. Kasie chorych.

Dr. Aleksander HICNER.

Dnia 9. lutego b. r. zmarł w Jaśle dr. Aleksander Hicner w 63 roku życia. Jeden z najzacniejszych obywateli i kolegów, czynnym był niestrudzenie na polu pracy społecznej i lekarskiej, ogólnie ceniony dla charakteru niezłomnego i prawego. Jako naczelny lekarz Kasy chorych, lekarz miejski i kolejowy oddany był duszą całą swemu zawodowi, jako obywatel niezaniedbał żadnej dziedziny życia społecznego. Jako długoletni prezes Sokoła zasłużył się bardzo koło rozwoju tej instytucji, skupiającej w sobie życie narodowe, był też jej członkiem honorowym. Wygłaszając liczne odczyty w organizacjach miejscowych działał uświadamiająco i narodowo wśród rzesz szerokich.

Nic więc dziwnego, że śmierć Jego okryła żałobą całe miasto, że głęboko odczuto ubytek wytrwałego i prawego obywatela i kolegi. Cześć Jego pamięci!

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w innem polskiem piśmie lekarskiem, jak również artykułów, które tylko tytułem lub stylem zmienionym różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. VIII. posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 13-go marca r. b. o godz. 6-cj wieczorem. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Dr. Meisels: Volvulus ventriculi; 3) wykład: Dr. Dobrzaniecki: „Sympatictomia periar erjalna pod względem klinicznym"

Przew. *K. Zgórski.* Sekretarz doroczny *K. Tyszka.*

Warszawa.

Uroczysta Akademja ku uczczeniu pamięci zmarłego prof. Kazimierza Rzętkowskiego odbyła się w dn. 3. lutego w Warszawskiem Tow. lekarskiem. Przemówienia wygłosili: 1. Sekretarz Stały T-wa prof. Gluziński. Słowo wstępne. 2. S. Mutermilch. Działalność naukowa ś. p. prof. K. Rzętkowskiego. 3. B. Sawicki. Działalność społeczno-lekarska tegoż. 4. Dziekan Wydziału Lekarskiego. Udział ś. p. prof. Rzętkowskiego w Uniwersytecie. 5. A. Stefanowski. Działalność pedagogiczno-lekarska tegoż.

Promocja na doktorów medycyny odbyła się w dniu 14 lutego r. b. w Uniwersytecie warszawskim, na której tytuły doktorów medycyny otrzymali koledzy: 1) Adamski Jan, dyr. departamentu Gener. Dyr. Zdrowia, 2) Grzaszkowski Bolesław, ordynator szpit. Dz. Jezus. 3. Kowalczewski Józef, naczelnik Wydziału Gener. Dyr. Zdrowia, 4) Łapiński Teodor, lekarz naczelny szpitala Jana Bożego, i 5) pułk. Zembrzuski Ludwik.

Higjena pracy. Cykl wykładów, zorganizowany przez Ministerjum Pracy i Opieki Społecznej w styczniu r. b., obejmował, między innemi, następujące przedmioty: higjenę ogólną (dr. Brunner, dr. Kacprzak, dr. Hummel), higjenę przemysłową (dr. L. Zieliński), ustawodawstwo higjeniczno-sanitarne (prof. Hilarowicz), statystykę sanitarną (dr. Kacprzak), oraz technikę sanitarną (inż. Gnoiński, inż. Smolisz). Na wykłady uczęszczało 23 inspektorów pracy, pozatem lekarze, inżynierzy i przedstawiciele związków zawodowych. Powyższy cykl wykładów będzie powtórzony w marcu r. b.

Pielęgnowanie zdrowia kobiet i dzieci. Sekcja sanitarna Stowarzyszenia »Rodzina Wojskowa« urządza w najbliższym czasie cykl odczytów, poświęconych sprawie pielęgnowania zdrowia kobiet i dzieci. Będą wygłoszone następujące wykłady: dr. Garlicka — macierzyństwo a praca; dr. Ehrlichówna — pierwszy rok niemowlęctwa; dr. Prokopowiczówna — choroby zakaźne wśród dzieci; dr. Budzińska-Tylicka — higjena kobiety; dr. Świtalska — choroby skórne i płciowe oraz kosmetyka higjeniczna; p. Fabrycowa — fizyczne wychowanie, dziewcząt.

Ze świata.

Niemiecki centralny Komitet dla badania i zwalczania raka obchodził w zeszłym miesiącu b. r. 25-cio lecie swego istnienia. Z powodu tej uroczystości odbyło się zebranie, na którem prof. Lubarsch wygłosił referat: Dwadzieścia pięć lat badań nad rakiem; prof. Blumenthal: Dwadzieścia pięć lat leczenia choroby raka.

Z powodu wzmożenia się partactwa lekarskiego w Niemczech zarządził Minister opieki społecznej w porozumieniu z władzami policyjnemi zaostrzenie zwalczania tegoż partactwa. W szczególności ma się rozciągnąć ścisły dozór nad osobami uprawiającemi partactwo lekarskie, nad ogłaszaniem »własnych« metod leczniczych, środków leczniczych i t. p. Osoby, które mają zawodowo wykonywać zawód lekarski, są obowiązane zgłosić się do lekarza urzędowego obwodowego; bez pozwolenia nie wolno im zawodu tego wykonywać i t. p.

Liczba aptek w Prusiech wynosiła w 1923 roku 3551. Nowych aptek utworzono 59. T. zw. uprzywilejowanych aptek było 710.

Kryminalistyczny Instytut otwarty we Wiedniu w roku ubiegłym obejmuje w wykładach i zajęciach praktycznych: Ogólną kryminalistykę, antropologję kryminalną, kryminalne towaroznawstwo, daktyloskopję i t. p. Słuchaczami instytutu są urzędnicy sądowi, administracyjno-polityczni, policyjni z wykształceniem akademickiem.

Poważny spadek liczby urodzin zaznacza się w Holandji. W Rotterdamie n. p. liczba dzieci szkolnych w bieżącym roku tak dalece obniżyła się, że miasto ma zamiar zwinąć w bieżącym miesiącu 21 szkół elementarnych.

Wskutek napływu niemieckich lekarzy do Rio de Janeiro zwrócili się tamtejsi lekarze do Senatu z żądaniem zaostrzenia egzaminu dla obcokrajowca, uprawniającego do praktyki. W grudniu 1924 zgłosiło się do egzaminu 35 lekarzy niemieckich, z czego przepadło 32, a zatem nie otrzymało zerwolenia na praktykę. Cała trudność egzaminu polega na potrzebie znajomości języka portugalskiego.

Zmarli.

Dr. Aleksander Hicner, naczelny lekarz Kasy chorych, lekarz miejski i kolejowy, zmarł w 63 roku w Jaśle.

Zmarli. Sir James Mackenzie zmarł w Londynie w 72 roku życia. Był on jednym z najwięcej znanych i głośnych lekarzy w Anglji a także zagranicą. Poświęcił się chorobom serca i w tym dziale patologji wielce się zasłużył. Ogólnie znanym jes. jego podręcznik chorób serca. Zmarł na dusznicę bolesną.